

Mário Jorge Santos Neves

MÁRIO
JORGE
SANTOS
NEVES

GUIA PRÁTICO DA MELHORIA DA QUALIDADE NA SAÚDE



Guia Prático da Melhoria da Qualidade na Saúde



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FNAM)

Mário Jorge Santos Neves

**GUIA PRÁTICO
DA MELHORIA
DA QUALIDADE NA SAÚDE**



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FNAM)

NOTA EXPLICATIVA

As questões relativas aos programas de avaliação e de melhoria contínua da qualidade em saúde, aos processos de auditoria e aos processos de acreditação têm vindo a conhecer um contínuo impulso nos últimos anos, num elevado número de países.

No nosso país, estes programas e processos não existem de forma estruturada, sujeitos a avaliações regulares e inseridos no funcionamento das instituições de saúde como componentes da sua actividade normal e regular.

Inclusivé, não existe um único organismo acreditador.

No entanto, estas questões constituem um desafio incontornável para os médicos portugueses e restantes profissionais de saúde.

Não será difícil adivinhar, que, mais cedo do que tarde, seremos confrontados com este desafio nas instituições de saúde onde desempenhamos a nossa actividade profissional.

Simultaneamente, verificamos que a nível de publicações sobre a abordagem global da qualidade na saúde não existe uma edição portuguesa, as referências bibliográficas em revistas estrangeiras são, na sua enorme maioria, dispersas e sobre aspectos específicos e as publicações de outros países não são de fácil acesso.

Nesse sentido, a Federação Nacional dos Médicos (FNAM) decidiu publicar este trabalho pessoal, com o objectivo de contribuir para uma maior divulgação destas questões e de preencher um vazio que, a manter-se, poderia traduzir-se em delicadas implicações.

Para este trabalho, foi efectuada uma consulta e sistematização de um número considerável de referências bibliográficas, tendo como objectivo essencial abordar os aspectos práticos e a especificidade da qualidade na saúde.

Alguns autores têm referido, como grande crítica às publicações que abordam as questões da qualidade na saúde, a existência de um conteúdo bastante profuso em princípios e conceitos filosóficos, no qual os aspectos práticos surgem diluídos, o que se traduz numa dificuldade acrescida para uma maior compreensão e adesão dos profissionais.

Esta foi, também, a dificuldade com que me deparei na leitura de grande parte das publicações consultadas.

Além das questões da qualidade em saúde, abordei, sinteticamente, as questões do planeamento da saúde e da gestão dos recursos humanos.

No que se refere ao planeamento da saúde, trata-se de um conjunto de metodologias fundamentais, cujo conhecimento assume uma importância decisiva na implementação de qualquer programa de melhoria da qualidade.

Quanto aos recursos humanos da saúde, a importância de se proceder a uma referência específica deriva de eles constituírem o factor crítico de uma mudança e um dos referenciais do processo de acreditação.

Sem uma política clara de gestão dos recursos humanos na saúde, qualquer reforma ou mudança está totalmente condenada ao fracasso.

A FNAM, ao tomar esta iniciativa, reafirma a sua convicção de que a actividade sindical não deve esgotar-se na intervenção reivindicativa e económica e deseja que o presente trabalho possa constituir um contributo útil para os tempos que se aproximam.

Mário Jorge Santos Neves

Presidente do Sindicato dos Médicos da Zona Sul / FNAM

A GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE

É habitual ouvirmos referências aos recursos humanos como o património mais valioso de uma instituição.

Sendo inquestionável, que estamos perante uma verdade objectiva, aquilo que se verifica na actividade quotidiana da generalidade das instituições e organizações é que os recursos humanos são maltratados, secundarizados e frequentemente erigidos em "bodes expiatórios" da incompetência das administrações e das suas opções de organização do trabalho.

Em 1983, o Comité de especialistas em necessidades de pessoal da O.M.S considerava que "não parece que o elemento de gestão do processo de desenvolvimento dos profissionais de saúde receba a mesma atenção que os elementos de produção e planificação" e que "as políticas e os planos mais bem definidos, os mais apropriados e os mais completos terão pouco efeito sem uma infra-estrutura gestonária adequada para os colocar em prática".

Em 1987, um Comité da O.M.S. de especialistas para estudar os sistemas de gestão dos profissionais de saúde, voltou a analisar a enorme importância desta questão no reforço do funcionamento dos sistemas de saúde.

Este comité considerou, que para poder fixar objectivos, prioridades e alvos em matéria de saúde é indispensável determinar cuidadosamente os recursos humanos e materiais necessários. Para elaborar e aplicar estratégias, é necessário saber estabelecer a relação entre os objectivos e os recursos, é necessário também beneficiar de uma aproximação que favoreça uma gestão eficaz destes recursos.

Considerou ainda, que o pessoal, representando o recurso numérica e tecnicamente mais importante da infra-estrutura de saúde, merece bem a

atenção prioritária que se dedica à melhoria da sua gestão, nomeadamente no que diz respeito à motivação e à produtividade.

Em Dezembro de 1997, realizou-se a Reunião Regional de Recursos Humanos da Organização Panamericana da Saúde, que os considerou como o factor crítico da reforma sectorial da saúde.

Nesta reunião, foram definidas importantes conclusões, nomeadamente:

- O desenvolvimento dos recursos humanos assume uma importância estratégica para alcançar os objectivos e avançar com êxito nos processos de reforma.
- A mensagem fundamental centrou-se na base conceptual e axiológica de que os recursos humanos são o elemento fundamental das reformas sectoriais.
- Foi reconhecido o enorme desafio para enfrentar a tarefa de melhorar as condições de trabalho, os processos educacionais e a redefinição das relações sociais e institucionais.
- Sem recursos humanos tecnicamente habilitados, que conhecem os objectivos e estão comprometidos com os processos de mudança na saúde, não existe futuro para os processos de reforma.

Mas, a importância nuclear dos recursos humanos no funcionamento e desempenho global dos sistemas de saúde, levou o referido Comité da O.M.S. a divulgar um relatório, em 1989, sobre esta matéria.

RELATÓRIO DO COMITÉ DE ESPECIALISTAS DA O.M.S. (1989).

Este importante e desenvolvido relatório colocou as seguintes questões fundamentais:

- A gestão dos recursos humanos faz parte integrante da gestão geral dos serviços de saúde.
- A análise global permite concluir, que alguns dos grandes problemas se encontram por toda a parte, nomeadamente a má distribuição dos

profissionais, com défices ou excedentes numa ou várias categorias, uma má utilização ou uma fraca produtividade dos profissionais, perfis de carreira ou sistemas de promoção pouco satisfatórios, uma formação permanente e uma supervisão ineficazes e, finalmente, más condições de vida e de trabalho.

- Os problemas mais urgentes foram agrupados em categorias como o desperdício dos recursos humanos, a má utilização dos profissionais, a ausência de motivação, a debilidade da produtividade e a dicotomia entre o sector público e privado.
- O desenvolvimento integrado dos serviços e profissionais de saúde assenta em 3 princípios fundamentais (a planificação, a produção e a gestão dos recursos humanos da saúde / o sistema de saúde deve estar dotado, a todos os níveis de agentes possuindo a formação mais adequada / as 3 componentes de planificação, produção e gestão devem integrar-se funcionalmente no seio do desenvolvimento dos recursos humanos e este integrado, por sua vez, no desenvolvimento dos sistemas de saúde).
- A planificação tem como objectivo determinar as necessidades quantitativas e qualitativas em pessoal.
- A produção ocupa-se de formar as categorias e os efectivos de profissionais de saúde previstos nos planos.
- A gestão assegura a utilização e controle dos agentes de saúde e fornece as informações de retorno que permite o ajustamento constante das 3 componentes à evolução das necessidades em pessoal do sistema de saúde.
- É cada vez mais evidente, que os planos melhor elaborados, associados aos programas mais eficazes, terão um reduzido impacto se o pessoal formado não puder ser empregue, como estava previsto.
- A ausência de uma gestão adequada coloca em risco uma grande parte das vantagens esperadas de planos cuidadosamente estabelecidos e de uma formação dispendiosa.
- A gestão dos profissionais de saúde constitui um dos elementos da gestão dos sistemas de saúde, inserida nos objectivos e estratégias desta.

- As atitudes e competências dos profissionais de saúde, assim como os seus esforços são coordenados e orientados, influem bastante sobre a eficiência e a eficácia com que os objectivos são concretizados e as estratégias implementadas.
- A gestão dos profissionais de saúde consiste em determinar quais as competências profissionais que melhor correspondem a um dado posto ou lugar, assegurar que os serviços possuem profissionais com as devidas competências, coordenar a sua actividade, melhorar as suas competências, atingir a melhor qualidade possível no seu trabalho, acompanhar os seus desempenhos, obter satisfação com o seu trabalho e desenvolver esforços para que se mantenham inseridos na concretização dos objectivos de saúde.
- Para que esta gestão se torne eficaz, é necessário que os administradores tenham, eles mesmos, compreendido os objectivos da organização e que estejam dispostos a realizá-los.

GESTÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DEFINIÇÃO, ELEMENTOS E PRINCÍPIOS.

Definição

A gestão dos profissionais de saúde representa as actividades que mobilizam e motivam os indivíduos, que lhes permite desenvolverem-se e realizar todo o seu potencial no e pelo seu trabalho, com vista à concretização dos objectivos de saúde.

Esta definição, reconhece que os profissionais não são simples factores de produção, mas seres vivos, que sentem, que pensam e que querem obter uma certa satisfação, uma recompensa do seu trabalho.

Entende-se por mobilização, o conjunto de processos que uma instituição dispõe para realizar o seu trabalho, através de efectivos e de tipos de profissionais possuindo as competências requeridas, afectadas onde sejam mais necessárias.

A motivação é a medida na qual um profissional se empenha nos objectivos da organização e está disposto a consagrar o seu tempo e a sua energia à respectiva concretização.

A motivação, naturalmente, encontra-se sob a influência de numerosos factores, designadamente a remuneração, o envolvimento político e a vontade de fazer "o que está bem".

Por desenvolvimento, entende-se as actividades que vão ajudar os profissionais a manter e aumentar as suas competências gerais e técnicas.

A recompensa é um estado de espírito que conduz a que uma pessoa obtenha satisfação da natureza intrínseca do trabalho.

Elementos

São 4 grandes sectores funcionais como a liderança, as condições de emprego, o desenvolvimento dos profissionais e as relações administração/pessoal.

A tarefa da liderança consiste em obter do pessoal um claro apoio para a realização dos objectivos da organização.

Para isso, o gestor deve estar apto a realizar os objectivos definidos, ser capaz de motivar os profissionais, de lhes inculcar a vontade de trabalhar em equipa, tomar a iniciativa de modificar as situações e as atitudes e de ter a visão do que é a organização onde trabalham.

Nas condições de emprego torna-se indispensável determinar o número e o tipo de postos de trabalho necessários, proceder à gestão do processo de recrutamento dos profissionais e de garantir a vigiância da saúde e da segurança dos profissionais.

O desenvolvimento dos profissionais consiste em procurar sistematicamente melhorar o funcionamento de uma organização, melhorando o trabalho dos seus agentes. É do interesse da organização, como também dos seus agentes, procurar permanentemente atingir o nível mais alto de desempenho, correspondendo às necessidades da própria organização.

Os agentes, devido a uma formação permanente, podem continuar a acompanhar a evolução e os progressos ocorridos nos seus domínios de especialização científica e tecnológica.

Os outros elementos do desenvolvimento dos profissionais são a evolução nas carreiras, a avaliação dos desempenhos e a existência de comissões específicas.

Os sistemas de avaliação dos desempenhos têm por objectivo aumentar a eficácia da organização, comparando em cada posto de trabalho os objectivos previstos e os que foram atingidos.

Quanto às relações entre os profissionais e a administração, estas são consideradas de importância fundamental.

É de excepcional importância, que se verifique um bom estado de espírito dos profissionais.

Apesar de toda a relação comportar sempre, pelo menos, duas partes, é aos administradores que cabe a responsabilidade essencial da qualidade das relações, dado que o ambiente de trabalho é, em grande parte, determinada pelas suas atitudes e comportamentos.

PRINCÍPIOS DE UMA GESTÃO EFICAZ DOS PROFISSIONAIS

Encorajar e favorecer as qualidades do dirigente

Em numerosas organizações de saúde, os dirigentes são frequentemente "invisíveis", não estando em ligação com o pessoal do "terreno".

Os objectivos organizacionais são formulados em termos vagos e gerais, em lugar de serem transmitidos aos profissionais.

Para que uma organização funcione de forma eficaz, é condição essencial a existência de uma boa direcção. Uma direcção eficaz influencia toda a organização para a conduzir ao sucesso.

Os bons dirigentes são sempre visíveis, têm contactos directos com os profissionais, seus subordinados, e uma vez fixados os objectivos claros e realistas, eles concentram-se sobre as medidas que permitirão atingi-los.

Os cuidados de saúde devem ser orientados para a colectividade

É reconhecido, que a eficácia de um sistema de cuidados de saúde será em grande parte determinada pela sua orientação para as necessidades reconhecidas dos indivíduos, podendo-se reforçar esta orientação, envolvendo a comunidade na procura de uma saúde melhor.

As vantagens da participação comunitária são valorizadas por numerosos administradores.

No entanto, a sua natureza não é sempre bem compreendida pelos agentes e administradores de saúde.

Os administradores não devem esquecer-se que a participação comunitária não se poderá desenvolver sem estruturas de apoio aos vários níveis.

Os profissionais de saúde devem estar identificados com os objectivos da organização

Para que uma organização de saúde funcione de forma eficaz, é necessário que os profissionais se identifiquem com os seus objectivos e se esforcem activamente para os realizar.

Este envolvimento deve ser favorecido por uma boa gestão.

Os administradores devem fazer todos os seus esforços para melhorar as condições de trabalho, estabelecendo um equilíbrio entre as necessidades da organização e as dos seus empregados, de modo a evitar que os profissionais abandonem o sector público para o privado, o que constitui uma "fuga de cérebros" interna.

Devem existir incentivos para que os profissionais participem na formulação dos objectivos e não terem somente o papel de os atingir.

O clima de uma organização degrada-se, quando não se permite que os profissionais participem nas decisões que os afectam e estes sentem-se então inclinados a considerar com suspeição as intenções da administração, mesmo sendo as melhores.

É necessário manter a organização de saúde próxima dos objectivos centrais

Na gestão dos sistemas de saúde, manter o contacto com os objectivos centrais ajuda a organização a fazer um excelente trabalho.

Para isso, é necessário, desde logo, que os objectivos sejam claramente definidos e se proceda á fixação de tarefas específicas, á análise dos obstáculos, e á elaboração de estratégias localmente pertinentes, com a participação dos profissionais.

Deve existir uma política de gestão para obter os resultados e os administradores devem estar sempre dispostos a reavaliar as actividades face aos objectivos e a rever os objectivos estratégicos da organização.

É necessário encorajar a inovação

Inovar não significa necessariamente estar ligado à tecnologia de ponta, mas sobretudo procurar constantemente as melhores maneiras de fazer as coisas simples.

A gestão do pessoal deve permitir uma certa autonomia, mas sob controle

Trata-se de uma questão profundamente discutida em gestão da saúde, a das relações entre controle e autonomia.

Mesmo nos sistemas de saúde descentralizados, uma resistência comportamental poderá efectivamente bloquear a delegação de autoridade e de responsabilidade.

Em sistemas fortemente centralizados, cria-se uma certa apatia na tomada de decisões, nos vários escalões, e uma subutilização de pessoal de gestão competente.

A resolução destes problemas passa pelo estabelecimento de uma estrutura orgânica clara, pela descrição das tarefas, pela determinação muito nítida das vias hierárquicas e pelo estabelecimento de um mecanismo de supervisão que não bloqueie, mas suporte, a iniciativa local.

Uma integridade total é indispensável a uma boa gestão

A ausência de integridade traduz-se por práticas, como a admissão preferencial de certos doentes nos hospitais, a parcialidade nas recomendações de promoções ou de formação do pessoal e práticas desonestas com vista a obter vantagens financeiras ou outras.

A ausência de integridade dos dirigentes e dos agentes da saúde mancha a imagem de uma organização e envenena o clima geral.

Neste caso, a eficácia de uma organização fica diminuída e a qualidade dos cuidados doente.

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A GESTÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- **Estratégia 1** – Colocar na ordem do dia político a gestão dos recursos humanos da saúde.
 - a) Os ministérios da saúde devem procurar activamente assegurar a cooperação de outros organismos na elaboração das políticas de pessoal.
 - b) Fixar normas para a gestão do pessoal.
 - c) Precisar o grau de autoridade e da participação do pessoal na tomada de decisões.
 - d) Divulgar os exemplos de boas e más gestões.
 - e) Os ministros da saúde devem demonstrar, de forma convincente, aos ministérios das finanças e da planificação, as vantagens económicas de uma melhor gestão do pessoal.
 - f) Promover melhores condições de vida e de trabalho, compreendendo remunerações mais elevadas e maiores possibilidades de progressão, para os profissionais da saúde.

- **Estratégia 2** – Reforçar a coordenação dos recursos humanos da saúde e a sua gestão.
 - a) Estabelecer e manter actualizado um inventário completo dos profissionais de saúde qualificados disponíveis.
 - b) Procura de um acordo entre todos os sectores interessados, para trocas sistemáticas de informação e uma colaboração em matéria de desenvolvimento e utilização dos profissionais de saúde.

- c) Implementação de meios, que permitam coordenar e influenciar a gestão dos profissionais de saúde.
 - d) Divulgação das vantagens de uma melhor gestão.
 - e) Identificar e superar as resistências às mudanças.
 - f) Formular políticas de modelo de gestão e fixar normas para a gestão dos profissionais.
 - g) Estabelecer indicadores para avaliar a gestão dos profissionais e implementar sistemas de informação, que fornecerão os dados necessários.
 - h) Apoiar projectos piloto e divulgar os resultados.
 - i) Fornecer os recursos para estimular as melhorias gestionárias.
 - j) Assegurar a coordenação entre todos os que se ocupam de melhorar a gestão dos seus recursos humanos.
 - k) Controlar as práticas gestionárias para verificar se elas são satisfatórias, ou não, e fazer uma informação/relatório às autoridades ministeriais.
- **Estratégia 3** – Estabelecer uma ligação entre a planificação e a gestão dos profissionais.
 - a) Os problemas encontrados em matéria de gestão do pessoal, têm origem, frequentemente, na ausência de planificação, ou de esta ter sido mal executada.
 - b) É necessário procurar um equilíbrio no fornecimento dos recursos humanos, definindo e implementando políticas adequadas para “dosear” as categorias de agentes da saúde, a produção de profissionais, as afectações e as transferências, sem esquecer o papel das organizações sem fins lucrativos e as entidades privadas.
 - **Estratégia 4** – Assegurar, no que se refere às normas, o apoio das associações profissionais.
 - a) A colaboração das associações profissionais é indispensável para sancionar a formação e garantir a qualidade.
 - b) O apoio destas associações é igualmente necessário, quando se vislumbram mudanças que poderão afectar o exercício profissional.
 - c) É essencial, que os ministérios da saúde e os seus serviços de recursos humanos estejam em estreito relacionamento com as associações profissionais.

- **Estratégia 5** – Assegurar a formação e sustentar a descentralização.
 - a) A descentralização, que aproxima os níveis da decisão e de acção, aumenta consideravelmente as solicitações colocadas aos recursos humanos, tanto ao centro como à periferia.
 - b) Necessário elaborar programas de formação, colocados à consideração dos administradores de distrito e de nível intermédio, tornando-se indispensável que a nível central se implementem sistemas de apoio organizacional para os distritos.
- **Estratégia 6** – Melhorar o desempenho gestionário para a formação.
 - a) Os profissionais de saúde, por mais competentes que possam ser no seu domínio técnico, tendo responsabilidades de gestão, têm necessidade de desenvolver as suas competências a este respeito.
 - b) A aprendizagem em grupo, também designada aprendizagem por acto, será muito eficaz se os administradores que procuram o progresso constituírem um grupo reunindo regularmente, com o objectivo de se ajudarem, se ensinarem mutuamente e discutirem as opiniões de cada um, o que assegurará o apoio e a energia necessárias à mudança.
 - c) Introduzir nos programas de estudos dos profissionais de saúde uma formação na gestão do pessoal.

Neste caso, uma formação baseada em estudos de casos simulados ou reais, será, sem dúvida, mais eficaz que cursos teóricos sobre os princípios da gestão.

- **Estratégia 7** – Fazer participar os profissionais na elaboração dos objectivos e na planificação.
 - a) Uma das tarefas essenciais do dirigente, a todos os níveis, é a de partilhar a visão estratégica que possui da missão da organização e de estabelecer um processo para traduzir esta visão em planos concretos.
 - b) A difusão de informação sobre as prioridades, os objectivos e estratégias nacionais, para os tornar bem conhecidos dos profissionais de saúde a todos os níveis.
 - c) A participação dos profissionais de saúde no processo de identificação e de definição dos problemas no seu meio de trabalho.

- d) Formulação de políticas e de planos de saúde no distrito, em colaboração com os profissionais de todos os níveis.
- e) Adopção de uma aproximação da "gestão por objectivos", de tal modo que os objectivos conduzam as actividades, ao mesmo tempo que elas sirvam de sinais para avaliar os progressos.
- f) Aplicação de planos operacionais de trabalho, especificando as actividades, os objectivos e o calendário de realização, repartindo as responsabilidades entre as equipas e os seus elementos.
- g) Melhoria dos estilos de gestão para facilitar uma livre circulação de informação em todas as direcções.
- h) Tudo isto, exige uma prática de reuniões frequentes para conduzir à planificação e avaliação, à identificação dos problemas, e à procura de soluções e de estratégias educativas, que privilegiem uma aprendizagem activa.

Em numerosas instituições, os administradores consideram estas sessões de participação como uma perda de tempo. No entanto, este Comité está profundamente convicto que, longe de representar uma perda de tempo, estas reuniões têm uma importância crítica para manter o envolvimento do pessoal de saúde em torno da realização dos objectivos da organização.

- **Estratégia 8** – Utilizar a acção intersectorial para melhorar a gestão dos profissionais de saúde
 - a) Manter todos os agentes do desenvolvimento do distrito (sectores agrícola, educativo, etc...) a par dos objectivos e actividades do sistema de saúde e do papel potencial que eles podem desempenhar.
 - b) Fornecer a todos os agentes do desenvolvimento do distrito, sob a orientação do Ministério da Saúde, uma breve formação quanto às componentes essenciais do desenvolvimento da saúde. Deste modo, será possível aos profissionais de outros sectores compreenderem com maior precisão de que forma as suas funções e as suas tarefas podem conter elementos que contribuem para a saúde.
 - c) Implementar uma abordagem global, na qual os objectivos de desenvolvimento da saúde possam surgir claramente no contexto do desenvolvimento geral do distrito.
 - d) Empreender ao nível do distrito uma investigação-acção, numa perspectiva de actividade intersectorial, conjugando os recursos

de investigação e adoptando uma abordagem comum para a definição dos problemas e das soluções.

- **Estratégia 9** – Promover a participação comunitária nos cuidados de saúde primários.
 - a) As comunidades devem assegurar, elas próprias, que as suas práticas e as suas necessidades são correctamente reflectidas na concepção e na prestação dos cuidados de saúde primários.
 - b) Os agentes de saúde e os membros das comunidades podem estabelecer, em colaboração, os perfis de saúde da comunidade e os planos de acção.
 - c) O processo de "diagnóstico comunitário" permite orientar os técnicos de saúde em função as necessidades da comunidade e a ajudar as comunidades a saberem mais sobre os seus próprios problemas de saúde.
- **Estratégia 10** – Melhorar as condições de vida e de trabalho dos profissionais de saúde.
 - a) Permitir aos profissionais colocados nas zonas mais distantes e de difícil acesso de se deslocarem periodicamente aos grandes centros, no quadro do seu trabalho.
 - b) Melhorar as comunicações, para permitir contactos mais frequentes.
 - c) Organizar mais frequentemente visitas de apoio aos profissionais, que trabalham nas regiões isoladas.
 - d) Mobilizar as comunidades para prestarem apoio logístico na fixação dos profissionais originários de outras regiões do país.
 - e) Possibilitar aos profissionais um horário de trabalho flexível, podendo ser adaptado às condições e necessidades locais.
 - f) Ter em conta a situação familiar ou social dos profissionais e possibilitar a discussão dos seus problemas com os responsáveis hierárquicos.
 - g) Estabelecer uma progressão profissional mais rápida aos que trabalham em zonas distantes e dar-lhes prioridade para as acções de formação.
 - h) Atribuir compensações financeiras para os serviços das zonas mais distantes.

- **Estratégia 11** – Implementar sistemas de avaliação dos desempenhos, para verificar a produtividade dos profissionais e orientar as medidas de correcção.
 - a) É necessário implementar sistemas de avaliação dos desempenhos, para analisar as realizações de cada profissional, em relação com o perfil do posto de trabalho.
 - b) É necessário também examinar a possibilidade de combinar a avaliação dos desempenhos com a análise mais ampla dos sistemas de saúde.

- **Estratégia 12** – Elaborar um sistema de formação contínua para os profissionais das equipas de cuidados de saúde primários.
 - a) Tomar medidas apropriadas para aumentar os recursos previstos para a formação na gestão.
 - b) Justificação da formação com a existência de necessidades na dependência da dissonância entre as realizações dos profissionais e o perfil de competências estabelecido para cada posto de trabalho.

- **Estratégia 13** – Reforçar o sistema habitual da administração dos profissionais.
 - a) É necessário revitalizar o sistema de administração dos recursos humanos nos ministérios da saúde, introduzindo ideias e procedimentos novos.
 - b) É necessário introduzir melhorias ao nível do relacionamento, nas políticas e práticas de promoção e no suporte de informação.

- **Estratégia 14** – Promover a pesquisa com vista à decisão sobre a gestão dos profissionais a todos os níveis.
 - a) Implica a participação dos que decidem na organização da pesquisa e na utilização dos seus resultados, para a tomada de decisões.
 - b) Ainda que essencialmente orientada para a acção, a pesquisa sobre a gestão dos recursos humanos não pode ser completamente utilitária. Os seus resultados tornam-se também uma parte da herança cultural.

c) Cada vez que as pesquisas são utilizadas, é importante que os profissionais, ao apresentarem as conclusões e as informações estatísticas, o façam de uma forma que os administradores e outros técnicos de saúde as possam compreender e utilizar.

- **Estratégia 15** – Estabelecer os indicadores para avaliar os desempenhos da gestão dos profissionais de saúde.
 - a) Indicadores do desempenho geral de um sistema de saúde:
 - taxa de mortalidade materna.
 - taxa de mortalidade perinatal.
 - relação entre os recursos afectados aos hospitais e aos cuidados de saúde primários.
 - óbitos e doenças devidas á falta de higiene.
 - b) Exemplos de indicadores mais directos da gestão dos recursos humanos:
 - a relação despesas do pessoal/carga de trabalho.
 - as relações entre os efectivos de uma profissão e os de outra.
 - as diferenças entre as remunerações mais baixas e as mais elevadas.
 - a parte das despesas de gestão no conjunto das despesas de pessoal.
 - a taxa de renovação do pessoal.
 - a taxa de saída de técnicos qualificados.
 - as taxas de absentismo e de doença.
 - os acidentes de trabalho.
 - os dias perdidos devido a conflitos no trabalho.
 - as despesas de formação por grupos profissionais.

A referência circunstanciada a este relatório do referido Comité da OMS, permite verificar o profundo fosso que existe entre o vasto conjunto de princípios e técnicas de gestão dos recursos humanos e as práticas adoptadas na grande maioria dos serviços de saúde.

Toda a definição de gestão considera, ou deve considerar, que esta actividade não se produz no abstracto, mas em situações concretas, dentro de um contexto que, genericamente, constitui uma organização.

Ora, as organizações são constituídas por pessoas que desempenham actividades humanas organizadas. E obtêm resultados, usando pessoas.

Muitas vezes, as administrações esquecem a realidade básica, que consiste em estarem perante pessoas, que têm vontade, desejos e preferências, não sendo susceptíveis de se transformarem em máquinas que desempenham automaticamente o papel que se lhes atribui.

Em qualquer organização, importa ter em conta a existência simultânea de uma organização informal constituída pelas pessoas e pela forma como se relacionam.

O objectivo fundamental da gestão dos recursos humanos é manter a organização produtiva, eficaz e eficiente, se souber aproveitar adequadamente estes recursos.

Numa perspectiva organizacional, o recurso humano é o componente crítico, sem o qual não podem realizar-se as tarefas da organização.

Sem uma boa gestão dos recursos humanos da saúde, com profissionais motivados, participativos e envolvidos nos objectivos de cada instituição, não é possível atingir desempenhos globais, que solucionem os problemas de saúde dos cidadãos.

E com recursos humanos desestabilizados por medidas lesivas dos seus interesses e direitos, qualquer tentativa de solução dos problemas ou qualquer tentativa de reforma dos serviços, estão irremediavelmente condenadas ao fracasso.

O DESEMPENHO DOS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE

Vários estudos e experiências mostram a grande dificuldade em definir com rigor o que é a produção na saúde e, por conseguinte, definir medidas de produtividade.

A produtividade neste sector, dadas as suas características peculiares, dificilmente pode ser medida como um todo, tornando também difícil a procura de soluções possíveis para efectuar a desagregação de todas as particularidades.

Os serviços de saúde apresentam características, que tornam este sector diferenciado, revestindo-se de alguns atributos negativos: geram produtos não materiais, não podem ser armazenados ou transportados,

não são, ou são menos, susceptíveis à racionalidade técnica e a sua produtividade é dificilmente passível de medida.

Apesar dos insistentes esforços que vários sectores políticos e económicos têm feito no sentido de reduzir a prestação de cuidados de saúde a um qualquer bem de consumo, a experiência tem demonstrado, de forma muito evidente, as grandes dificuldades em transportar modelos de gestão da indústria para o sector da saúde.

Estas dificuldades são conhecidas e consistem, entre outras, no facto de os cuidados de saúde serem perecíveis, de haver a intervenção do cidadão no processo de prestação, na simultaneidade entre a prestação e o consumo e na dificuldade de padronização e controle de qualidade.

Recorrendo a uma simplificação conceitual, poder-se-á definir a produtividade em serviços de saúde como a razão entre os serviços prestados e o número de funcionários e equipamentos utilizados.

Deste modo, torna-se indispensável buscar o ponto de equilíbrio entre a individualização e a padronização, ou seja, deve-se "normalizar simultaneamente o caso e individualizar a norma" (OFFE, 1989).

A produtividade dos serviços de saúde, longe de significar um facto pontual, encontra-se na agenda de discussão das reformas do sector, embutida no conjunto de transformações políticas e sociais, que colocam em causa a cidadania.

Independentemente do cenário que determina as mudanças, a ordem económica comanda essas reformas.

Nesse sentido, o sector da saúde tornou-se alvo de importantes investimentos com um aumento crescente de incorporação tecnológica, que aumenta, de forma clara, os custos da prestação dos serviços de saúde.

Este aumento dos custos domina muitos aspectos da discussão política sobre o futuro dos sistemas de saúde em diversos países e tem vindo a colocar a necessidade de proceder à sua contenção

Para Médici (1995) "dado que os gastos com a saúde e os custos dos sistemas de saúde tendem a crescer mais do que os índices de preços e

que, a partir de um determinado nível, o aumento dos gastos da saúde não traz maiores incrementos na expectativa de vida da população, torna-se necessário estabelecer medidas que permitam racionalizar os gastos com a saúde”.

Outro tipo de abordagens considera que os serviços de saúde se prestam pouco á mecanização e coloca a tónica na optimização dos recursos, com vista a aumentar a produtividade, e na melhoria da organização do processo de trabalho.

A produtividade não pode, deste modo, ser discutida isoladamente, mas no contexto do desenvolvimento da saúde e dos recursos humanos.

Desta forma, os seguintes factores são reconhecidos como influenciando a produtividade:

- Capital (construções, equipamentos e transportes).
- Materiais de consumo.
- Tecnologia.
- Gestão.
- Cultura.
- Motivação, liderança e disciplina.

A produtividade deve estar relacionada com os custos, as metas e os resultados, de acordo com o tipo de trabalho produzido e a finalidade do mesmo.

O trabalho na saúde tem vindo a abandonar o âmbito individual e a processar-se em equipa, ocupando espaços institucionais e reunindo um contingente crescente de trabalhadores, que produzem em cooperação.

Não obstante a sua semelhança com o sector produtivo no que se refere à organização do processo de trabalho, a incorporação tecnológica na saúde não produz economia da força de trabalho, mas, ao contrário, passa a solicitar novas ocupações, configurando o sector da saúde como de mão-de-obra intensiva.

Por outro lado, a decomposição do trabalho em tarefas parciais torna-se a tónica na produção de saúde, tendo em conta as exigências do aumento de produtividade.

Nos serviços de saúde, o conceito de produto pode ser um conceito pouco definido. A actividade em saúde comporta diversificados processos de trabalho, que incluem acções que podem permitir uma padronização e outras de difícil padronização.

Mais ainda, a actividade não pode ser mensurada somente com critérios baseados na relação simplificada da diminuição dos custos e da neutralidade económica.

Em saúde, determinadas acções preventivas só podem ser avaliadas pelo controle da incidência de doenças ou complicações, após períodos prolongados de observação.

O conceito de produtividade em saúde agrega, além dos aspectos quantitativos, aspectos qualitativos que envolvem, além de dimensões individuais, as dimensões de um determinado grupo populacional e o seu contexto social ao longo do tempo.

A dificuldade de se trabalhar com generalizações, tem sido um factor importante para o desenvolvimento de métodos de medida da produtividade no sector da saúde.

A mensuração da produtividade em serviços de saúde, deve estar, em grande medida, ligada à organização, até por causa das diversidades existentes neste sector.

A divisão do trabalho na saúde apresenta as seguintes particularidades: horizontalidade, que articula os diversos serviços; trabalho dividido entre médicos e outros sectores profissionais; e verticalidade, que subdivide o trabalho dentro de uma unidade de produção, integrando tarefas hierarquizadas no mesmo campo técnico.

No entanto, a baixa produtividade na saúde raramente é reconhecida como um problema e a produtividade da força de trabalho na saúde raramente é medida/avaliada.

A O.M.S., num importante seminário realizado em 1991, reverdo

diversos conceitos de produtividade, considerou que "a produtividade é a relação quantitativa e qualitativa dos resultados e dos vários recursos, como a força do trabalho e os esforços para alcançar os objectivos organizacionais".

Assim, a produtividade na saúde tem, nos dias de hoje, uma íntima ligação à qualidade.

A gestão da qualidade deve aumentar a produtividade do sistema, sem elevação dos custos e sem prejuízo dos graus de equidade e universalidade já alcançados.

Vuori (1991) referiu, que eficácia, eficiência e efectividade, além de equidade, aceitabilidade e adequação e qualidade técnico-científica, compõem o grande espectro de características desejáveis para a prestação dos serviços de saúde.

A introdução de metodologias de avaliação da qualidade nos serviços de saúde representa, na generalidade dos países, uma inflexão na cultura administrativa destes serviços.

O IMPACTO DAS REFORMAS NOS RECURSOS HUMANOS

As reformas que se têm processado nos sistemas de saúde, têm afectado, de forma importante e em alguns casos preocupante, o trabalho dos profissionais de saúde, nos seus conteúdos, condições e relações.

Como refere o Programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (Nov. 1999) da Organização Panamericana da saúde, verifica-se uma clara tendência crescente das formas atípicas de contratação, que avança juntamente com a tendência de precarização das modalidades contratuais.

A flexibilidade laboral é apresentada como um dos paradigmas vigentes na gestão do pessoal, na economia em geral e no sector da saúde.

Muitas propostas de leis laborais, em muitos países, adoptam a flexibilização como critério essencial para diminuir os custos laborais e gerar condições de competitividade.

Com respeito à regulação da formação das profissões da saúde, existe

uma dupla situação crítica. De um lado, um desencontro, por vezes conflito, de competências entre os ministérios da saúde e da educação. Por outro, a situação tornou-se mais difícil nos casos em que os ministérios da saúde deixaram deteriorar as suas unidades de desenvolvimento dos recursos humanos e desaparecer os mecanismos reguladores.

Em muitos países, verificam-se numerosas experiências de certificação profissional e, em menor quantidade, de recertificação de especialidades ou de competência profissional.

No que se refere à regulação dos mercados laborais, a actual tendência de flexibilidade sem protecção tem conduzido a um auge de desregulação, que se expressa, nomeadamente, pela modificação da legislação sobre carreiras profissionais.

No entanto, importa considerar que o modelo administrativo de gestão do pessoal baseado em meros procedimentos, com características fragmentárias, em que o trabalhador é tratado como um objecto e em que o trabalho é concebido como castigo, está claramente esgotado.

O desenvolvimento da eficiência, da equidade e da qualidade implica: trabalhadores comprometidos com a sua função, impulso à criatividade, condições satisfatórias de trabalho, excelência profissional, remunerações atraentes, desenvolvimento de novas abordagens e consideração de novos problemas, forte liderança, baseada no consenso e no desenvolvimento de equipas, e, ainda, capacidade de decisão.

A gestão dos recursos humanos deve ser analisada como uma função essencial da gestão integral dos serviços de saúde, tornando indispensável conhecer mais e melhor essa matriz institucional, híbrida de taylorismo e de burocracia weberiana, e as suas determinantes sobre a maneira como se organiza, se divide e se gere o trabalho nas complexas instituições chamadas hospitais e centros de saúde.

De uma forma geral, a situação existente a nível internacional mostra que a gestão dos recursos humanos na saúde não dispõe de um corpo sistematizado de conceitos e categorias de saberes específicos, de instrumentos metodológicos e de técnicas para intervir efectivamente sobre as condições, conteúdos e resultados do trabalho do pessoal nos serviços de saúde.

Em muitos países persistem condições e práticas que fazem do sector da saúde um lugar de uma gestão subdesenvolvida e pouco efectiva, onde escasseia a disponibilidade de dados e de informações oportunas e de qualidade para a tomada de decisões e onde impera o amadorismo e a prática administrativa.

A crescente interdependência das economias nacionais e o desenvolvimento do processo de globalização, atingem aspectos que estão para além da expansão da economia de mercado para penetrar noutros campos, como são a construção dos valores sociais, a orientação das tendências políticas e as formas de organização e participação sociais.

O sector da saúde é um dos que mais sofrem este impacto, numa clara perspectiva neo-liberal de reduzir a saúde a um qualquer bem de consumo.

Deste modo, muitas políticas têm pretendido desarticular os serviços de saúde, omitindo intencionalmente que os recursos humanos constituem o factor em que se devem centrar as estratégias que procuram tornar viáveis e sustentadas as propostas de mudança na saúde.

Se estas políticas não estivessem subordinadas aos interesses neo-liberais e pretendessem tornar competitivos os seus serviços de saúde na concretização dos seus objectivos sociais e humanos, adoptariam medidas de fortalecimento dos seus recursos tecnológicos, dos seus desenhos organizacionais e dos seus recursos humanos.

Importa ainda referir, que a experiência internacional tem amplamente demonstrado que a necessidade de aumentar a produtividade nos serviços de saúde, implica o estabelecimento de incentivos remuneratórios e a participação dos profissionais na definição das metas da organização e nos critérios de repartição dos ganhos e das responsabilidades.

Em suma, há que ter bem presente que uma instituição de saúde que não trata bem os seus recursos humanos, não pode tratar bem os doentes.

PLANEAMENTO DA SAÚDE

Uma das definições de planeamento da saúde consiste na racionalização da utilização de recursos escassos, com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.

Pineault, considera-o um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários para atingir os objectivos determinados, segundo uma ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a ou as soluções óptimas entre várias alternativas.

Estas escolhas tomam em consideração o contexto de constrangimentos, internos e externos, conhecidos actualmente ou previsíveis no futuro.

Schaefer, propôs ainda como definição, tratar-se de um processo metódico, consistindo em definir um problema por análise, em determinar as necessidades e as solicitações não satisfeitas, que constituem o problema, em fixar metas realistas e atingíveis, determinando a ordem das prioridades, em recensear os recursos necessários para as atingir e projectar as acções administrativas, tendo em conta as diversas estratégias de intervenção possíveis para resolver o problema.

A planificação é, por vezes, encarada como sinónimo de programação.

Embora, se trate de uma concepção muito limitada, importa ter em conta que a planificação conduz a um plano detalhado de actividades, ou seja, um programa.

Nesse sentido, um programa de saúde é constituído por um conjunto de recursos reunidos e colocados em acção para fornecer a uma população definida, serviços organizados de forma coerente, no espaço e no tempo, com vista a atingir objectivos determinados em relação com um problema de saúde preciso.

As técnicas de planeamento aplicam-se não somente ao sistema de saúde a nível nacional, mas a cada instituição de saúde e, dentro desta, a cada um dos seus serviços.

Deste modo, estas técnicas assumem uma importância decisiva no funcionamento dos serviços e na concretização dos seus objectivos e actividades, constituindo parte integrante do processo de gestão.

Tratando-se de um processo contínuo e dinâmico, o planeamento possui uma natureza multidisciplinar.

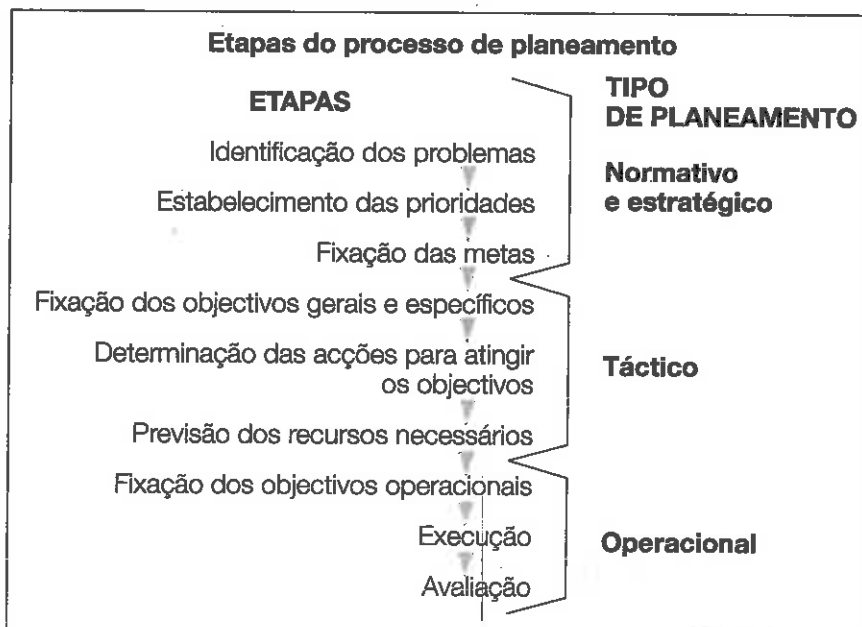


Fig. 1

Apesar das etapas enunciadas na Fig. 1, serem as mais adoptadas por vários autores, optou-se por simplificar a sequência das referidas etapas:

1. Identificação dos problemas/diagnóstico da situação.
2. Definição das prioridades.
3. Fixação de objectivos.
4. Selecção de estratégias.
5. Elaboração de programas e projectos.
6. Preparação da execução.
7. Avaliação.

1. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS/DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Constitui a etapa fundamental, mesmo decisiva, para o desenvolvimento do processo.

A identificação dos problemas de saúde e a determinação das necessidades, implicam a avaliação da extensão e da importância da diferença existente entre o estado de saúde actual e o estado de saúde desejado.

Esta identificação, deve incidir igualmente nos respectivos factores condicionantes, ser suficientemente aprofundada para explicar as causas dos problemas e ser sucinta para mais fácil leitura e compreensão.

O estudo, nesta fase, faz-se em dois tempos. Primeiro, a identificação dos problemas da saúde que corresponde a uma medição do estado de saúde, em termos de morbilidade e mortalidade, com a ajuda de diversos instrumentos. No segundo, a determinação das necessidades implica a apreciação do significado a dar à informação recolhida.

Importa, desde já, ter em conta que o diagnóstico da situação constitui uma actividade nunca acabada, devido às modificações contínuas da realidade, o que implica, a actualização periódica dos dados recolhidos.

Os parâmetros fundamentais a considerar no estudo são os seguintes:

- a) **A população**
 - Número global.
 - Estrutura por grupos de idade e sexo (pirâmide etária).
 - Movimento natural da população (nascimentos, mortes, taxa de crescimento natural por 1000 habitantes).
 - Esperança de vida.
 - Densidade populacional.
 - Distribuição da população por centros urbanos e rurais.
 - Migrações.
- b) **Situação sócio-económica**
 - População activa por sectores de actividade.
 - Níveis de educação (taxa de analfabetismo, número de estudantes dos ensinos primário, secundário e superior)

- Distribuição da população por grupos profissionais.
- Indicadores de nível de vida (nº de automóveis, televisores, rádio, telefone, consumo de energia eléctrica etc...).

c) Meio ambiente

- Percentagem de localidades com e sem rede de água.
- Percentagem de habitações com água canalizada .
- Percentagem de localidades com rede de esgoto.
- Percentagem de habitações com fossa séptica.
- Percentagem de habitações com instalações sanitárias.
- Percentagem de localidades com recolha de lixo.

d) Situação da saúde da população

- Taxa de mortalidade geral.
- Taxa de natalidade geral.
- Taxa de mortalidade infantil.
- Taxa de mortalidade neo-natal.
- Taxa de mortalidade peri-natal.
- Taxa de mortalidade materna.
- Percentagem de partos sem assistência.
- Taxa de mortalidade específica de 1 - 4 anos.
- Mortalidade, segundo as 10 principais causas de morte por grupos etários.
- Morbidade por doenças infecto-contagiosas por grupos etários.
- Morbidade hospitalar (altas, consultas externas, urgências, internamentos).
- Morbidade a nível dos Centros de Saúde.
- Percentagem de crianças vacinadas.
- Morbidade no trabalho (doenças profissionais e acidentes de trabalho).

e) Recursos de Saúde

- Centros de Saúde (número, área geográfica, articulação com hospitais, movimento de utentes).
- Hospitais (número, área geográfica, articulação com centros de saúde, movimento assistencial como internamento, urgências e consultas externas).
- Farmácias.
- Unidades privadas e de solidariedade social.
- Médicos (por especialidade e por serviços, incluindo os privados).

- Enfermeiros (por especialidade e por serviços, incluindo os privados).
- Outros profissionais de saúde.

A caracterização da realidade da saúde da comunidade estudada, deve ser o mais fiel possível. A abordagem por indicadores é a mais utilizada, dado que consiste na compilação dos dados existentes, não produzindo nova informação, mas analisando e interpretando a que existe e medindo os avanços alcançados.

Os indicadores de saúde são medidas directas e indirectas do estado da saúde e tem de obedecer a princípios, como serem fáceis de obter, simples de calcular, representarem a população estudada, serem aceites universalmente, específicos e sensíveis.

Assim, eles adquirem uma utilidade essencial para determinar a importância dos problemas e, por conseguinte, para definir as prioridades.

Desde já, importa distinguir os indicadores dos índices, dado que os primeiros representam um único tipo de dados, enquanto os segundos combinam elementos diferentes, mais complexos e multidimensionais.

Exemplos de indicadores:

- Relação de dependência da população

$$\frac{\text{População de 0 a 14 anos} + \text{população de 65 e mais anos}}{\text{População de 15 a 64 anos}} \times 100$$

- Relação de dependência dos jovens

$$\frac{\text{População de 0 a 14 anos}}{\text{População de 15 a 64 anos}} \times 100$$

- Relação de dependência dos idosos

$$\frac{\text{População de 65 e mais}}{\text{População de 15 a 64 anos}} \times 100$$

- Taxa de natalidade

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascimentos durante o ano}}{\text{População a meio do ano}} \times 1000$$

- Taxa de mortalidade

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos durante o ano}}{\text{População a meio do ano}} \times 1000$$

- Taxa de crescimento natural

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascimentos} - \text{n}^\circ \text{ de óbitos durante o ano}}{\text{População a meio do ano}} \times 1000$$

- Taxa global de fecundidade

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascimentos durante o ano}}{\text{n}^\circ \text{ de mulheres de 15 a 49 anos, a meio do ano}} \times 1000$$

- Taxa de mortalidade neo-natal

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de crianças de 0 a 27 dias durante o ano}}{\text{n}^\circ \text{ de nados vivos durante o ano}} \times 100$$

- Taxa de incidência

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de novos casos de uma doença durante um certo período}}{\text{População exposta}} \times \begin{matrix} 100 \\ 1000 \\ 10000 \\ 100000 \end{matrix}$$

- Taxa de prevalência

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de casos de uma doença a um dado momento}}{\text{População em estudo}} \times \begin{matrix} 100 \\ 1000 \\ 10000 \\ 100000 \end{matrix}$$

- Risco relativo

$$\frac{\text{incidência nos indivíduos expostos}}{\text{incidência nos indivíduos não expostos}}$$

Exemplos de índices:

- Índice de dependência da população relativamente a um hospital.

Exprime a percentagem de doentes hospitalizados em cada hospital, em relação com todos os doentes hospitalizados numa dada região.

Se numa região, o número total de doentes hospitalizados foi de 30.000 num ano e se no hospital A foi de 15000, o índice de dependência da população face a este hospital é de 50%.

$$\text{IDP} = \frac{15000}{30000} = 50\%$$

- O índice Q

Tem como objectivo classificar, por ordem de prioridade, as doenças que afectam as populações desfavorecidas.

$$Q = \frac{M_i}{M_a} \cdot DP + \frac{274A + 91.3 B}{N}$$

M_i = taxa de mortalidade standardizada, segundo a idade e o sexo para a população alvo.

Ma = taxa de mortalidade standardizada, segundo a idade e o sexo para a população de referência.

D = taxa bruta de mortalidade (por 100.000) para a população alvo.

P = anos de vida perdidos por mortes prematuras na população alvo.

A = dias de hospitalização para a população alvo.

N = número de indivíduos da população alvo.

$274 = \frac{100.000}{365}$ - constante utilizada para converter A em anos por 100000 (população).

$91.3 = 100.000 \times 1/3$ - constante utilizada para converter B em anos por 100.000 (população)/3 consultas externas, sendo estas consideradas como equivalendo a um dia de hospitalização.

O interesse do índice Q, é que utiliza as estatísticas tradicionais, geralmente disponíveis, como o número de pessoas hospitalizadas, a causa e a duração da hospitalização, o número de consultas externas, o número e a causa dos óbitos.

- Índices de esperança de vida

Esperança de vida com saúde = esperança de vida total - esperança de vida com restrição de actividade.

(Permite avaiar o impacto de diferentes causas de doenças sobre o estado de saúde de uma população).

Esperança de vida ajustada à qualidade de vida.

É um índice sintético das diversas esperanças de vida por cada um dos estados de saúde, utilizado por Wilkins e Adams.

É calculado, através de um quadro, aplicando os diferentes "pesos" dos anos passados em cada um dos estados de saúde.

Seis estados de saúde, em torno de restrições e incapacidades da actividade, servem de cálculo a este índice.

Esperança de vida ajustada por valor.

Este índice foi desenvolvido por Chen, Bush e Patrick.

Assenta num conceito de saúde com 2 dimensões: um nível de função associado a um nível de bem-estar e a um prognóstico, sendo este último, expresso pela probabilidade de transição, no futuro, a um outro nível funcional.

A partir da construção de 3 escalas de níveis funcionais (mobilidade, actividade física e actividade social), 31 níveis funcionais foram criados para descrever o estado funcional de um indivíduo ou de uma população.

2. DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES

Trata-se da 2ª fase do processo de planeamento da saúde, condicionada pela anterior e determinante para a seguinte: fixação de objectivos.

É indispensável, que os problemas identificados sejam comparáveis, de modo a permitir a sua selecção.

Existem dois aspectos fundamentais na definição das prioridades: um relacionado com o tempo e outro com os recursos.

A principal limitação desta fase, é a sua evidente subjectividade.

Nesse sentido, procura-se limitar a subjectividade com a utilização de três critérios clássicos: magnitude, transcendência e vulnerabilidade:

a) Magnitude

Trata-se de caracterizar o problema pela sua dimensão, medindo-o pelo seu contributo para o total de mortes.

Se na área em estudo, se verificaram 300 mortes e 30 foram provocadas pelo problema A, a sua magnitude ou dimensão é de 10%.

A principal crítica a este critério é utilizar exclusivamente a mortalidade.

b) Transcendência

Constitui uma ponderação por grupos etários, de maneira a poder valorizar as mortes por determinada causa nestes diferentes grupos.

c) Vulnerabilidade

Trata-se de um critério fundamental, tendo em conta que o processo de planeamento/programação pretende utilizar os recursos onde produzem maior efeito.

A vulnerabilidade é a possibilidade de evitar uma doença, segundo a tecnologia disponível numa determinada área geográfica.

Por exemplo, a morbilidade por doenças que são prevenidas por vacinas eficazes tem a máxima vulnerabilidade, enquanto que no caso de tumores malignos a vulnerabilidade é muito baixa.

No entanto, outros critérios têm sido também considerados como o nível de prevenção a privilegiar, a capacidade do organismo planificador de intervir directamente sobre o problema, a eficácia da solução, a exequibilidade do programa ou da intervenção e a relação demonstrada entre o factor de risco e o problema.

Vários autores têm, ao longo dos anos, desenvolvido diversos tipos de "grelhas", de escalas e de instrumentos de definição das prioridades.

Todas as fórmulas apresentadas, têm limitações na sua objectividade e no seu rigor.

Trata-se de um importante aspecto, que terá de constituir matéria de análise e de opção do grupo de trabalho responsável pela elaboração do planeamento.

3. FIXAÇÕES DE OBJECTIVOS

Nesta fase, importa proceder a uma correcta e quantificada fixação de objectivos, da qual depende a posterior avaliação dos resultados.

Assim, importa considerar 4 aspectos fundamentais:

- A selecção dos indicadores dos problemas definidos como prioritários.

- Determinar a tendência dos problemas definidos como prioritários.

- Fixar os objectivos a atingir a médio prazo.

- Traduzir os objectivos em objectivos operacionais ou metas.

Seleção dos indicadores

Importa, desde já, distinguir dois tipos principais de indicadores:

- Indicadores de resultado ou de impacto.

Pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual desse problema.

Exemplo:

$$\frac{\text{número de casos de tuberculose no distrito A}}{\text{população do distrito A}}$$

- Indicadores de actividade ou de execução.

Pretendem medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde, com o objectivo de atingir um ou mais indicadores de resultado.

Exemplo:

$$\frac{\text{1ª consultas de grávidas}}{\text{número de grávidas}}$$

Nesta fase do processo, são os indicadores de resultado ou de impacto que interessa seleccionar, de modo a quantificar os problemas de saúde.

Tendências dos problemas

Tendo em conta os indicadores seleccionados, importa determinar a

4. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A selecção de estratégias visa definir o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.

Segundo alguns autores, a estratégia de saúde é definida como o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas de modo a atingir um determinado objectivo, que possibilite reduzir um ou mais problemas de saúde.

No entanto, vários autores incluem a selecção de estratégias na etapa da elaboração de programas e projectos.

Referem-se as seguintes fases da elaboração das estratégias:

- Estabelecer os critérios de concepção das estratégias.

Exemplos:

- Dar particular importância à vacinação e aos cuidados pré-natais.
- Em vez de criar novos equipamentos e recrutar mais pessoal, desenvolver esforços para melhorar a eficiência dos recursos humanos e materiais.
- Enumerar as modificações necessárias.
- Modificações na tecnologia utilizada.
- Modificações nos processos de trabalho.
- Modificações organizacionais.
- Esboçar estratégias potenciais.

Exemplos:

- Descrição dos resultados esperados.

- Descrição da população a atingir e técnicas a utilizar.
- Escolha dos equipamentos e do pessoal.
- Estimativa grosseira dos custos.
- Escolher as estratégias mais realizáveis.

No caso de os recursos não serem suficientes para executar todas as estratégias, há que seleccionar as estratégias mais realizáveis.

- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas.
- Estimar os custos das estratégias.

Importa distinguir as despesas de capital (aquisição de bens de longa duração) das despesas correntes (pagamento do pessoal, electricidade, telefone e outras materiais consumíveis).

- Avaliar a adequação dos recursos futuros.

Avaliar todas as categorias de recursos como financeiros, pessoal, equipamentos, bens de consumo (especial atenção aos medicamentos).

- Caso necessário, rever as estratégias e os objectivos.

5. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS

Um programa pode definir-se, segundo alguns autores, como um conjunto organizado, coerente e integrado de actividades e de serviços realizados simultânea ou sucessivamente, com os recursos necessários, para atingir objectivos determinados em relação com os problemas de saúde definidos e para uma população definida.

Um projecto pode definir-se como uma actividade, que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.

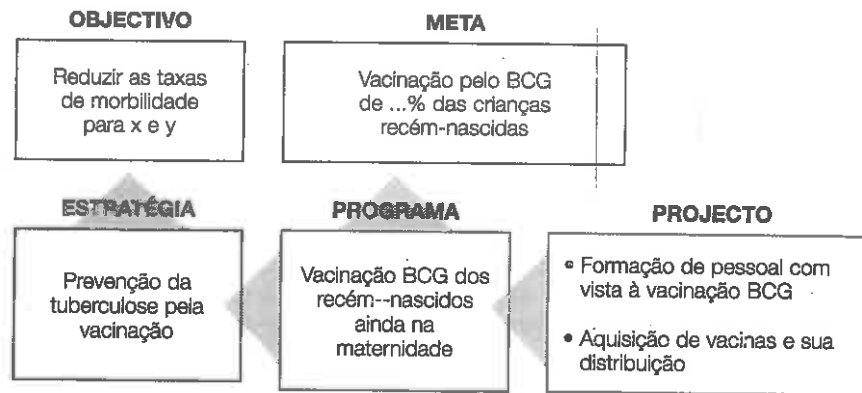


Fig. 2

("Metodologia do Planeamento da Saúde"/ E. Imperatori, M.R. Giraldes)

Na elaboração do programa deve proceder-se à sua identificação, aos objectivos operacionais ou metas, à tecnologia e aos recursos, ao seu custo e financiamento.

Características principais dos objectivos do programa

Os objectivos são geradores de mensagens sobre os comportamentos e situações desejáveis.

Os objectivos são interdependentes e sequenciais.



Planificação dos recursos necessários

Esta planificação, visa assegurar que os recursos serão suficientes e adequados para efectuar as actividades e garantir os serviços, que permitirão atingir os objectivos do programa.

Adequação do emprego dos recursos

Se tomarmos como exemplo um hospital, a dado momento existem camas ocupadas e outras vagas.

A parte ocupada de forma não justificada, constitui uma reserva latente, ou seja, uma reserva de camas que poderá ser libertada, dado que o estado dos doentes que as ocupam não justifica uma hospitalização.

Da mesma forma, a nível das camas vagas, um certo número deve ser reservado para responder a certas eventualidades de urgência: a reserva legítima.

A produtividade dos recursos

Aborda a capacidade dos recursos para produzirem, ou não, os serviços necessários.

A produtividade é condicionada pelas aptidões pessoais, a experiência e a formação dos intervenientes no programa, o grau de dificuldade da tarefa e o estado do equipamento ou da tecnologia de suporte.

Os principais métodos, que permitem aumentar a produtividade são os seguintes:

- A melhoria da tecnologia.
- As modificações da estrutura ou da organização dos serviços.
- As modificações das condições laborais.

O tipo de remuneração e de horário do trabalho podem ter efeitos positivos sobre a produtividade, assim como as medidas que conduzam a uma redução do absentismo no trabalho.

Análise de emprego de um recurso

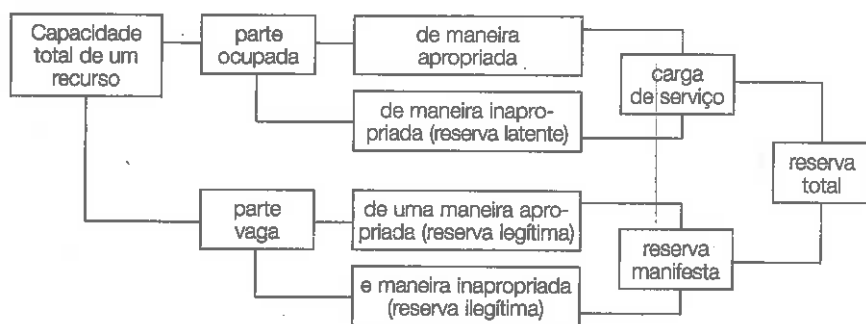


Fig. 3

("La Planification de la Santé/R. Pineault, C. Daveluy)

No âmbito desta análise, importa calcular, entre outros, o número de dias de internamento, a taxa de ocupação e o número médio de dias de internamento.

Métodos de previsão dos recursos necessários

Métodos das necessidades de saúde.

Para proceder a uma previsão do que é necessário em matéria de recursos, importa:

- determinar as taxas de mortalidade e de morbilidade específicas para o problema em estudo.
- elaborar normas relativas ao número, natureza, frequência e qualidade das prestações ou serviços destinados às pessoas visadas pelo programa.
- implementar as normas equivalentes em pessoal, de maneira a poder converter as diferentes actividades ou serviços na duração necessária à intervenção.
- calcular o número total de horas / recursos necessários, no decurso do ano considerado para a população projectada, a partir das taxas de morbilidade específicas para o problema em estudo, os serviços

requeridos para cada utente/doente e o tempo/recurso requerido para cada actividade ou serviço.

- dividir o número total das horas/recursos necessários pelo número médio de horas de trabalho ou de utilização por ano e por pessoa, com vista a determinar o número total de recursos necessários.

Método dos objectivos de prestações.

Coloca a tónica na fixação de objectivos, em termos de serviços produzidos e do volume de recursos.

A estimativa dos recursos com este método, faz-se da seguinte forma:

$$\text{Número de recursos necessários} = \frac{\text{População x serviços necessários por pessoa}}{\text{Produtividade do recurso (output médio por unidade de tempo)}}$$

Método baseado na utilização dos serviços

Procura saber, qual o número e qual o tipo de serviços que a população utilizará.

Desde logo, importa conhecer as taxas actuais de utilização dos serviços de saúde e adaptá-las ao desenvolvimento futuro da população.

O grande interesse deste método, é que ele se baseia na medida de utilização real e no estudo detalhado do comportamento dos grupos que utilizam os serviços.

Este método permite estimar os recursos por segmentos da população.

Fórmula:

$$R_t = \sum R_{tp} = \sum V_{tp} \times N_{tp}$$

R_t = quantidade de recursos necessários no ano alvo t .

Σ = a soma dos coortes da população
(≤ 15 , $15 - 44$, $45 - 64$, ≥ 65)

R_{tp} = quantidade de recursos necessários no ano alvo por coorte

V_{tp} = taxa de utilização do serviço no ano pela coorte _____

N_{tp} = número de indivíduos (1000) no ano alvo na coorte _____

Método do ratio recursos/população

Aplica um ratio (recursos/população) observado ou desejado, que serve de referência para determinar as necessidades em termos de recursos.

Esta relação é aplicada às projecções demográficas da seguinte forma:

Número de recursos necessários = população x ratio seleccionado
 $R_t = \text{Pop } (p) \times R (n)$

Esta fórmula permite estimar as necessidades em recursos actuais ou futuros, consoante o ratio é aplicado à população actual ou previsível.

É, provavelmente, o mais utilizado devido à sua simplicidade. Requer poucos dados e as estatísticas necessárias à sua aplicação são facilmente disponíveis.

A escolha de um método de previsão dos recursos

Esta escolha tem em conta um conjunto de elementos, aos quais o planificador deve atender na sua análise da situação.

Existem autores, que consideram preferível recorrer ao método mais simples, que seja compatível com a situação em causa, do que recorrer a mais de um método, de modo que o resultado final possa fornecer um quadro mais completo possível.

Determinação do custo do programa

Esta determinação, constitui uma componente fundamental do programa.

O custo do programa é o conjunto das despesas em pessoal, material, equipamento, instalações e encargos gerais necessários à realização do programa.

6. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

As actividades que fazem parte do projecto devem ser concretizadas, especificando quando, onde e como, e referir quem é o responsável pela sua administração e execução.

Assim, importa especificar detalhadamente as actividades, definindo mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projecto, preparar uma lista das actividades e precisar como cada uma delas deve ser executada, determinando as necessidades em recursos ao longo do tempo e estabelecendo um calendário da execução do projecto.

Plano de Operações

É elaborado para a gestão da execução, do desenvolvimento ou do funcionamento quotidiano das actividades.

Nesse sentido, ele contém diferentes tipos de informação sobre as actividades e responsabilidades de cada um e sobre os recursos e os prazos.

Os planos de operações, podem, através do seu conteúdo, contribuir para uma boa gestão do programa e responder às seguintes questões:

- Fazer o quê?
- Por quem?
- Quando e qual a ordem?
- Com que recursos?

Especificações das actividades ou operações

O enunciado de uma actividade deve especificar os seguintes aspectos:

- O que deve ser feito, nomeadamente a natureza do trabalho, a sua quantidade e qualidade.
- Por quem o trabalho deve ser feito, nomeadamente as actividades desenvolvidas em colaboração e a sequência das operações.
- Quando o trabalho deve ser feito, nomeadamente a cronologia das etapas, os intervalos e os prazos de conclusão.
- Onde o trabalho deve ser feito, em particular se ele for efectuado em mais de um local.
- Como o trabalho deve ser feito, através da enunciação explícita de desempenho, tanto qualitativo como quantitativo.

Resumo dos elementos do plano de operações

- Ordenar as actividades de maneira cronológica.
- Identificar as etapas prévias a cada actividade (material, formação de pessoal, etc.).
- Listagem das actividades, precisando as datas de início e de conclusão.
- Definir os recursos materiais, humanos e financeiros necessários.
- Especificar claramente as responsabilidades de cada um.
- Determinar as organizações envolvidas nas actividades e assegurar a sua colaboração.
- Enumerar as dificuldades e especificá-las.
- Assegurar que cada um sabe o que há a fazer e quando deve fazer.

CRONOGRAMAS

Os cronogramas são gráficos de 2 dimensões, onde se representam nas abcissas o tempo (semanas, meses, etc..) e nas ordenadas as actividades que formam o projecto.

Tratam-se de métodos representando o calendário das operações.

• Diagrama de Gantt

O diagrama de Gantt é um instrumento de planificação e controle, que permite indicar o tempo previsto e o tempo actual de cada uma das tarefas, bem como visualizar o progresso dos trabalhos.

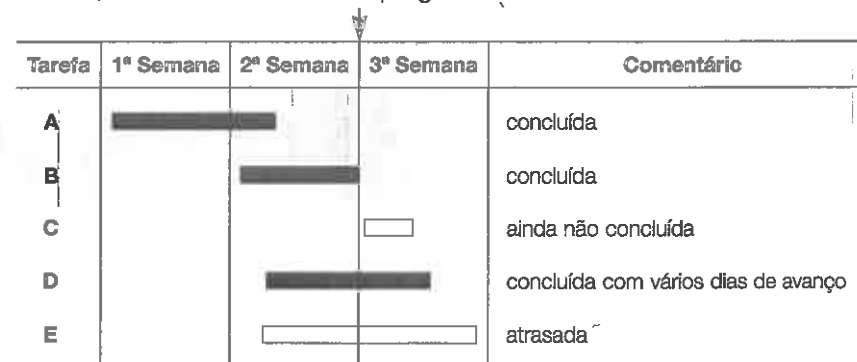


Fig. 4

("La Planification de la Santé" / R. Pineault, C. Daveluy)

A seta colocada no topo do diagrama entre a 2ª e a 3ª semanas, assinala o ponto de controle das tarefas.

• Diagrama de Milestone

É uma adaptação refinada do diagrama de Gantt, onde a colocação de triângulos ao longo dos rectângulos que representam as tarefas, representam os pontos de controle efectuados em cada uma delas.

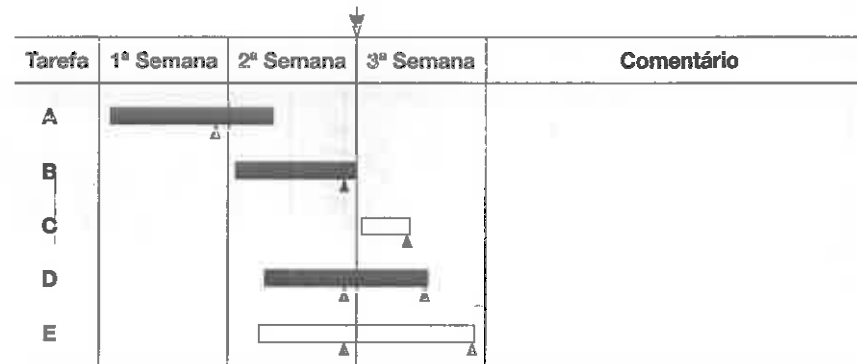


Fig. 5

("La Planification de la Santé" / R. Pineault, C. Daveluy)

REDES

Com o objectivo de superar as limitações dos cronogramas, recorre-se à utilização de redes, que possibilitam mostrar as interrelações das tarefas e a sua sequência cronológica.

Existem 2 tipos de técnicas: o PERT (Program Evaluation and Review Technique) e o CPM (Critical Path Method).

O PERT é o mais utilizado quando a duração das várias tarefas é incerta, enquanto o CPM se aplica quando se conhece a duração e os custos das mesmas.

Numa rede PERT, os círculos e as setas representam, respectivamente, acontecimentos e tarefas. Também se pode representar as tarefas por círculos, correspondendo neste caso as setas às interdependências ou relações entre as tarefas.

Os acontecimentos são simbolizados por um círculo numerado, no qual se registam as datas mais próximas e mais remotas da sua realização, ou a data mais provável.



Fig. 6

("Metodologia do Planeamento da Saúde" / E. Imperatori, M.R. Giraldes)

Os acontecimentos correspondem ao início e/ou conclusão de uma ou mais tarefas e não têm duração, enquanto as tarefas representam a realização no tempo das acções dos projectos, tendo sempre uma certa duração e necessitando de recursos.

Cada tarefa pode ser simbolizada por uma seta, sobre a qual é colocado o código da tarefa e por baixo é indicada a sua duração.

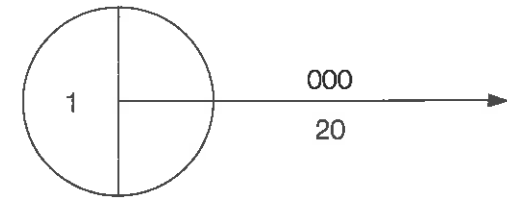


Fig. 7

("Metodologia do Plano da Saúde" / E. Imperatori, M.R. Giraldes)

As tarefas podem ser simultâneas quando se iniciam ao mesmo tempo ou quando decorrem total ou parcialmente no mesmo tempo.

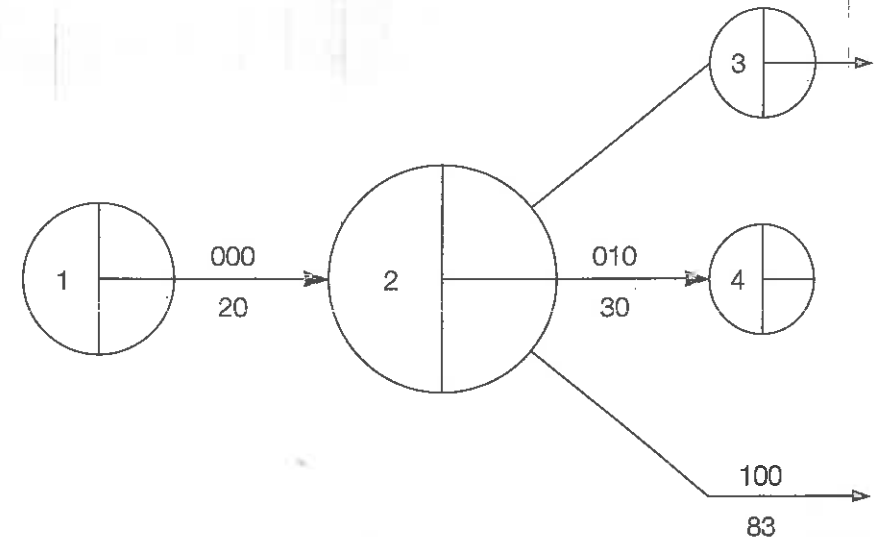


Fig. 8

A construção de uma rede PERT

A construção desta rede necessita da compreensão dos seguintes termos: rede, acontecimentos, actividades, constrangimentos e caminho crítico.

A rede constitui a representação gráfica da sequência dos acontecimentos e das actividades, desde o acontecimento inicial ao acontecimento final.

Os acontecimentos correspondem à finalização de uma ou de várias actividades.

As actividades descrevem as tarefas dos indivíduos e são elas que permitem passar de um acontecimento a outro.

Os constrangimentos têm em conta, que certas actividades não se podem iniciar sem que uma ou várias outras sejam concluídas.

O caminho crítico corresponde à sequência de actividades e acontecimentos que consomem o tempo.

7. AVALIAÇÃO

A avaliação constitui sempre um processo de comparação entre algo com um padrão e implica uma finalidade operativa, que é corrigir.

Assim, a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos, a partir das informações recolhidas pela experiência.

Tipos de avaliação

As avaliações podem ser divididas em avaliações retrospectivas e prospectivas ou programadas.

Nas primeiras, englobam-se os casos em que são avaliados serviços ou actividades já em funcionamento e dos quais se aproveitam os elementos estatísticos disponíveis.

As prospectivas, são aquelas que reúnem maiores condições de êxito, dado que permitem determinar as necessidades de informação e os padrões de comparação.

Mas as avaliações podem ainda ser divididas em internas e externas.

As avaliações internas visam determinar o bom funcionamento dos serviços e as externas conhecer o impacto das actividades sobre a população.

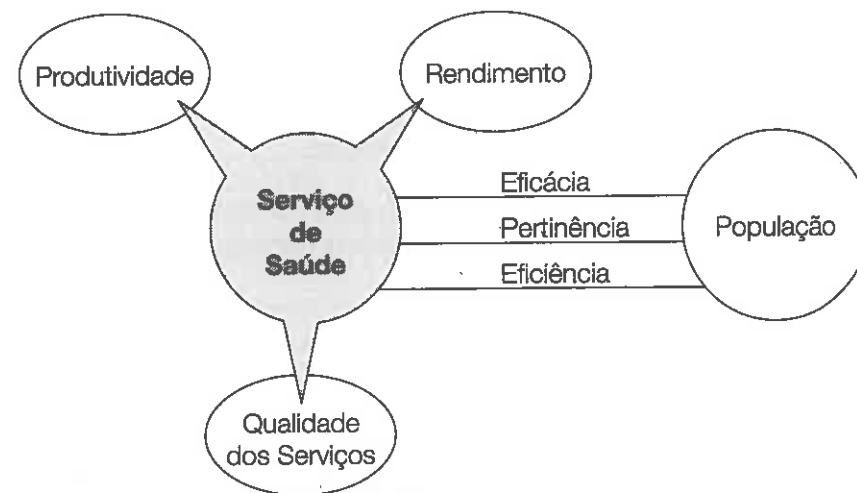


Fig. 9

("Metodologia do Planeamento da Saúde"/E.Imperatori, M.R. Giraldes)

O conhecimento da qualidade do desempenho é fundamental para a gestão dos serviços, embora os sistemas de controlo da qualidade não possam ser utilizados na saúde como na indústria, devido à maior dificuldade em medir o produto final.

A nível da avaliação, colocam-se 3 importantes questões:

- os efeitos do programa.
- a justeza ou precisão das actividades.
- a adequação dos recursos.

A estrutura do programa de saúde e a sua avaliação pode representar-se desta forma:

Objectivos	Actividades	Recursos	Avaliação

("La Planification de la Santé" / R. Pineault, C.Daveluy)

Mas, existem autores que definem 3 tipos de avaliação: avaliação estratégica, avaliação tática e avaliação operacional.

Avaliação estratégica

Também considerada avaliação da pertinência, visa apreciar a adequação entre o programa e os problemas a resolver,

Por outras palavras, trata-se da pertinência dos objectivos do programa, face aos problemas que afectam uma população definida.

As questões colocadas por este tipo de avaliação são:

- os objectivos do programa correspondem aos problemas definidos e às prioridades estabelecidas para esta população?
- qual poderá ser a contribuição do programa para a solução dos problemas identificados?

Existem ainda, como 2 componentes da avaliação estratégica, a avaliação da pertinência teórica e a avaliação da pertinência real ou empírica.

No caso da avaliação da pertinência teórica recorre-se a diferentes fontes, estudos, documentos e testemunhos para determinar a pertinência do programa proposto.

No caso da avaliação da pertinência real, a avaliação dirige-se ao programa e à forma como foi implementado, de modo a que os resultados obtidos permitam responder aos problemas.

Deste modo, a pertinência real toma em consideração todos os efeitos do programa, como os resultados e consequências.

A avaliação da pertinência real está em estreita relação com a avaliação do impacto.

A avaliação do impacto pode relacionar-se a toda a população, à população alvo ou somente aos beneficiários do programa.

Avaliação tática

A avaliação tática conduz, por um lado, às componentes do programa e, por outro, às interrelações entre estas componentes.

Como as componentes do programa são os recursos, as actividades e os objectivos, elas correspondem, respectivamente, à avaliação da estrutura, do processo e dos efeitos/resultados.

Na avaliação da estrutura colocam-se questões relativas à quantidade, à qualidade e estruturação dos recursos humanos, físicos e financeiros do programa.

A avaliação do processo dirige-se aos serviços produzidos e utilizados no quadro do programa.

Pode, ainda, dirigir-se aos aspectos técnicos geralmente definidos pelos profissionais, como, por exemplo, se os cuidados prestados aos doentes correspondem às normas da "boa prática", se os diagnósticos são correctos e se os exames diagnósticos e as terapêuticas são adequadas.

Outros aspectos, que podem também ser avaliados, colocam-se a nível do processo organizacional implementado para assegurar a acessibilidade, a continuidade, a globalidade e a humanização dos serviços.

Quanto à avaliação dos efeitos, ela dirige-se para os resultados específicos obtidos pelo programa, em função dos objectivos pré-definidos, ou, ainda, para as consequências ou o impacto do programa.

No que se refere à avaliação das interrelações entre as componentes do programa, há a considerar a relação estrutura-processo-efeitos e a avaliação económica.

A relação estrutura-processo-efeitos, permite relacionar os vários componentes do programa e conduzir a uma apreciação de valor, utilizando métodos de comparação.

Por exemplo, pode-se procurar demonstrar se a duração média de internamento tem um efeito importante, ou não, sobre o resultado dos cuidados prestados.

Na avaliação económica, podem ser identificados 2 aspectos: a produtividade e a rentabilidade económica.

A produtividade permite relacionar o número de serviços produzidos e os recursos utilizados e exprime-se por medidas, como o número de serviços produzidos por unidade monetária, ou o número de serviços produzidos por profissional.

A rentabilidade económica relaciona os efeitos, resultados ou consequências, por um lado, e os recursos investidos ou os serviços produzidos, por outro. É um aspecto muito importante para a tomada de decisões.

A rentabilidade económica compreende a análise custo-eficácia, a análise custo-benefício e a análise custo-utilidade.

Na análise custo-eficácia é estabelecida a relação efeitos/recursos, em que os efeitos são expressos em indicadores de saúde.

Na análise custo-benefício, os efeitos são traduzidos em valor monetário e os custos representam essencialmente os recursos humanos e materiais afectos ao programa.

Na análise custo-utilidade, a utilidade relaciona-se com as vantagens sentidas pelo próprio beneficiário.

Avaliação operacional

A avaliação operacional dirige-se aos aspectos mais operacionais da planificação e da programação. Trata-se de um prolongamento da avaliação táctica, dado que a mobilização dos recursos e a implementação das actividades se encontram ligadas.

Podem ser utilizados os métodos PERT e CPM neste tipo de avaliação.

Os "esquemas" da investigação avaliadora

A investigação avaliadora desencadeia-se a partir do enunciado dos objectivos que o programa procura atingir e coloca como hipótese a

existência de uma relação entre o programa (variável independente) e os efeitos desejados (variáveis dependentes).

A verificação desta hipótese, implica a criação de um protocolo de pesquisa, determinando o esquema da pesquisa, bem como as técnicas de recolha de informação.

A escolha do esquema, compreende o conjunto dos procedimentos e métodos a utilizar pelo responsável da avaliação na condução de um estudo, de modo a assegurar a sua validade.

Validade interna e validade externa de um estudo

As 2 questões fundamentais, às quais se dirige uma investigação avaliadora são as seguintes:

- Até que ponto os resultados obtidos num estudo, representam o efeito real da intervenção ou do programa?
- Os resultados podem ser generalizados a um conjunto de indivíduos maior do que foi estudado?

Estas 2 questões definem os 2 tipos de validade de um estudo:

- A validade interna possibilita concluir, que o efeito obtido é realmente devido à variável independente e não a outros factores ou variáveis.
- A validade externa possibilita generalizar os resultados a uma população maior, ou a outras situações ou contextos mais amplos.

De uma forma geral, pode-se afirmar que a validade interna é mais importante que a validade externa, dado que a primeira constitui uma condição necessária, mas insuficiente, para realizar a segunda.

Para garantir a validade interna, torna-se necessário controlar a influência de outras variáveis do programa. Este tipo de variáveis, são habitualmente designadas variáveis concomitantes ou de "confusão".

Uma variável concomitante pode-se definir como uma variável que está associada tanto à variável independente (programa) como à variável dependente (os resultados do programa).

A influência destas variações concomitantes sobre o resultado do programa introduz enviesamentos, ou seja, variações sistemáticas na medida dos resultados em relação aos valores reais.

A tarefa do avaliador é de reduzir os enviesamentos, controlando as variáveis concomitantes.

Os elementos da avaliação

São definidas as seguintes componentes no processo da avaliação:

- a pertinência ou justificação das actividades.
- o grau de execução do programa em relação aos objectivos previstos.
- o rendimento ou relação entre os resultados e os recursos humanos e materiais.
- a eficácia ou efeito desejado sobre a redução de um problema de saúde (impacto)

De Eficácia	De Eficiência
$\frac{\text{Objectivos atingidos}}{\text{Objectivos planeados}}$	$\frac{\text{Objectivos atingidos}}{\text{Recursos utilizados}}$
$\frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Actividades planeadas}}$	$\frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Recursos utilizados}}$
$\frac{\text{Recursos utilizados}}{\text{Recursos previstos}}$	$\frac{\text{Objectivos atingidos}}{\text{Actividades realizadas}}$

("Metodologia do Planeamento da Saúde"/E.Imperatori, M.R. Giraldes)

Os elementos deverão relacionar-se com as diferentes componentes do programa, como os recursos, as actividades e os resultados obtidos.

A maior parte dos elementos utilizados na avaliação são indicadores.

É através dos indicadores, que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados.

Os dados recolhidos podem ser quantitativos ou qualitativos.

Os dados quantitativos assentam em números, muitas vezes convertidos em percentagens, que possibilitam a análise dos mesmos e encontrar um significado para esses números.

Os dados qualitativos implicam o recurso a entrevistas, a questionários e a diferentes tipos de observação directa e participada, com o objectivo de avaliar aspectos como atitudes, percepções, preocupações e experiências e explicar porquê e como ocorreram as coisas.

Este tipo de dados qualitativos não possibilita generalizar os resultados.

A diferença entre dados e informação

Os dados são números e o seu processamento e interpretação fornece a informação.

Os dados transformam-se em informação, através da sua selecção e interpretação.

A selecção implica escolher os dados, que são úteis e adequados para responder às questões que foram formuladas e ignorar os dados que são inúteis ou inadequados.

A interpretação, visa analisar os dados inseridos num contexto, descobrir os padrões e áreas problemáticas e o seu significado, em função das questões formuladas.

A utilidade da informação proveniente da avaliação

A informação assume uma enorme importância e possui as seguintes vantagens principais:

- Contribui para a elaboração de melhores planos no futuro.
- Possibilita verificar, se o trabalho desenvolvido está a ser demasiado dispendioso e a alcançar resultados insuficientes.
- Permite, que outros programas possam beneficiar das experiências de um dado programa.

- Permite, que um programa possa ser melhorado através da comparação com outros programas semelhantes.
- Determina quais são os pontos fortes e as debilidades de um programa e onde devem ser introduzidas melhorias.
- Ajuda a precisar para onde se dirige um programa e se é necessário mudar de rumo.
- Permita conhecer melhor os factores que contribuíram, de forma decisiva, para o êxito de um programa.

Sendo a avaliação um processo contínuo, torna-se indispensável estabelecer quem é o responsável pela avaliação nos diferentes níveis, quais os circuitos a seguir na informação, qual a frequência ou periodicidade com que os dados são registados, calculados e interpretados, quais serão as modalidades utilizadas (mapas, relatórios, reuniões, etc....) e o que será avaliado.

A avaliação deve ser participada pelos vários intervenientes.

A tomada de decisões adequadas depende de uma boa informação e esta requer que sejam compilados dados rigorosos e que estes sejam analisados cuidadosamente.

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

É frequente estabelecer-se alguma confusão entre monitorização e avaliação, empregando-se estas definições indistintamente.

No entanto, existem importantes diferenças entre elas.

A monitorização consiste em verificar regularmente a situação em que se encontra o desenvolvimento de um programa, através da comparação da implementação das actividades com o plano de trabalho, incluindo, se as actividades estão a ser realizadas de acordo com o programa, se as verbas definidas estão a ser gastas de acordo com o plano, se é necessária qualquer alteração na implementação das actividades e se é necessário modificar o próprio plano de trabalho.

A avaliação tem como meta, medir o progresso alcançado na concretização dos objectivos do programa e o impacto do próprio programa.

Apesar da existência destas diferenças, importa referir, que os 2 processos funcionam conjuntamente para atingir um mesmo fim, que consiste em produzir informação, que pode ser utilizada para melhorar a gestão de um programa e permitir alcançar os objectivos programados.

A QUALIDADE NA SAÚDE

ORIGENS PRÓXIMAS E ALGUMAS REFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

As questões relativas à qualidade dos produtos têm vindo a ser objecto de crescentes estudos e discussões, com uma ampla divulgação em vários sectores da actividade económica.

Nos últimos 20 anos, o contínuo desenvolvimento destes conceitos conduziu à criação do princípio da "Gestão da Qualidade Total" (GQT).

Foi Armand Feigerbaum, o chefe de qualidade da General Electric, nos E.U.A., que criou o termo "gestão da qualidade total".

Vários autores consideram que, nos dias que correm, qualquer pessoa que ignore a qualidade, fá-lo com grande risco para a sua actividade.

Importantes empresas multinacionais, em vários ramos de actividade, têm vindo a desenvolver sérios esforços e investimentos em programas de qualidade, para melhor enfrentarem os implacáveis desafios da concorrência global e, através desses programas, encorajarem a produção de novos produtos e serviços e ajudarem a desenvolver uma gestão mais eficiente, centrada nas prioridades correctas.

Grande parte das empresas japonesas conseguiram impor os seus produtos no mercado internacional devido a programas de controle de qualidade, associados a preços competitivos, que conseguiram obter a satisfação dos consumidores e produzir múltiplos negócios adicionais.

Os mais conhecidos pioneiros na pesquisa da qualidade foram os americanos Edwards Deming e Joseph Juran e o japonês Karon Ishikawa, conhecido como o "pai dos círculos de qualidade" pelo seu papel decisivo no lançamento do movimento de qualidade na década de 60.

Embora, as questões da qualidade tenham surgido, em primeiro lugar e de forma estruturada, nos sectores industriais e comerciais, já entre as décadas de 30 a 60 se verificaram algumas experiências muito pontuais em serviços de saúde de alguns países.

A título de exemplo, podem-se referir as publicações de G.B. Carter e H. Balm ("Importance of Evaluating Care") em 1936, de F. Reiter e M. Kakosh ("Quality of Nursing Care") em 1953 e o método desenvolvido por Faye Abdelhah, em 1958, a pedido das companhias de seguros dos E.U.A., para definir um conjunto de medidas de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, em função do nível de insatisfação.

No entanto, é a partir da década de 70 que se iniciam projectos estruturados e de âmbito alargado em países como o Canadá, E.U.A. e Grã-Bretanha.

Nos casos dos E.U.A. e da Grã-Bretanha, os programas de qualidade dos cuidados de saúde foram desenvolvidos numa lógica de replicação de modelos da indústria e servindo de instrumento para aprofundar mecanismos neo-liberais de desresponsabilização social dos Estados.

A experiência hoje conhecida destas medidas, mostra que os indicadores de saúde se agravaram, os gastos com a saúde aumentaram e as sondagens de opinião revelam que a grande maioria das respectivas populações se encontra profundamente descontente com os serviços de saúde.

No Canadá, a situação existente é inversa das que acabaram de ser referidas.

Como foi referido, na década de 70 estas questões foram objecto de um importante desenvolvimento e começaram a surgir disposições legais que determinaram o seu enquadramento obrigatório.

Já em 1969, a AGPA (American Group Practise Association) iniciou um programa de acreditação voluntária para médicos clínicos gerais, que incluía revisões informais das históricas clínicas para avaliar a qualidade da assistência.

Nos E.U.A., na sequência de legislação aprovada pelo Congresso em 1972, são criadas várias organizações específicas, como as PSOR

(Professional Standards Organizations Review) e a JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals).

Em 1973 e 1974, os diferentes programas da JCAH e das PSOR começaram a ser implementados.

A JCAH desenvolveu uma técnica chamada "Performance Evaluation Procedure", tendo realizado um vasto conjunto de conferências em todo o país para a divulgar e começado a exigir, nas suas avaliações de acreditação de hospitais, a realização de várias auditorias durante o ano.

A JCAH desenvolveu a sua intervenção em torno das avaliações da assistência ao doente, através de estudos detalhados em que os dados recolhidos eram comparados com critérios definidos, que especificavam os elementos considerados de boa assistência.

O programa das PSRO desenvolveu-se de forma mais gradual e lenta, assentando o seu objectivo fundamental em torno da revisão da qualidade dos serviços de saúde.

Neste tipo de revisão, eram analisadas as histórias clínicas de todos os doentes internados para determinar se o respectivo internamento se justificava, bem como a sua manutenção.

Este programa, publicou em 1978 um manual que descrevia os procedimentos para realizar avaliações da assistência médica.

Em 1975, a AGPA, o Group Health Association of American (GHAA) e a Medical Group Management Association (MGMA) associaram-se com a American Medical Association e a American Hospital Association, para formar, no âmbito da JCAH, o Accreditation Council for Ambulatory Health Care.

A implementação de um programa de garantia da qualidade era uma das exigências para obter a acreditação.

Em 1979, a American Group Practise Association, a Group Health Association of América e a Medical Group Management Association deixaram de participar na JCAH e associaram-se com a American College Health Association, a Freestanding Ambulatory Surgical Association e a National Association of Community for Ambulatory Health Care (AAAMC).

Enquanto esta nova organização outorgava acreditação a entidades de assistência ambulatoria e estabelecia a exigência de um programa de garantia de qualidade, a JCAH continuou a atribuir acreditação a hospitais e centros independentes de assistência ambulatoria.

Também em 1979, a Group Health Association of America e a American Association of Foundations for Medical Care formaram o National Committee for Quality Assurance (NCQA) para realizar avaliações periódicas, baseadas em "revisões inter-pares" (peer review), como valorizações específicas.

A nível de outros países, começaram, igualmente, a surgir importantes desenvolvimentos em torno das questões da garantia da qualidade na saúde, com uma nova preocupação: a especificidade do sector da saúde exigia que estas questões fossem objecto de uma abordagem e investigação individualizadas, adequadas a este sector e com critérios que não resultassem de generalizações importadas da indústria.

Juntamente com esta nova preocupação, surgem novos conceitos organizativos, que procuram evitar a proliferação de entidades com responsabilidades nesta área e adoptam a opção de criar organismos únicos.

Assim, no Canadá foi criado o Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA).

Inicialmente, esta organização possuía um comité consultivo composto por representantes de algumas associações profissionais, mas no início de 1988 o seu Conselho de Administração decidiu dissolvê-lo e substituí-lo por encontros de organismos de saúde nacionais.

No final de 1988, realiza-se o primeiro encontro com a participação de 29 organismos, que tomam conhecimento das actividades deste conselho de acreditação.

Em Outubro de 1995, é aprovado o mandato do comité consultivo dos organismos de saúde nacionais e em Maio de 1998, ele adopta o nome de "Agrupamento dos Organismos de Saúde Nacionais", que conta actualmente com 89 organismos.

Existe um programa de aprovação da acreditação, que abrange as mais variadas componentes da prestação de cuidados de saúde (cuidados

primários, saúde mental, cuidados diferenciados, cuidados domiciliários, etc...) e que permite aos organismos de saúde medir o seu nível de rendimento e de desempenho, na base das normas nacionais estabelecidas pelo CCHSA.

Deste modo, o programa constitui um importante instrumento de auto-avaliação, cujo objectivo fundamental é melhorar continuamente os cuidados de saúde e as suas formas de prestação.

Em França, foi adoptada a mesma opção com a criação da Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), em 1996, em substituição da Agence National pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM).

Na Austrália, foi criado o Australian Council on Healthcare Standards (ACHS).

Na Suíça, foi criado o Service d'Accréditation Suisse (SAS), que detém as competências para conferir a acreditação, desde 1991.

Na Grã-Bretanha existem várias entidades que desempenham estas funções, nomeadamente King's Fund Organizational Audit, Hospital Accreditation Programme e South Thames Regional System.

Em Espanha, a aplicação da "Lei Geral da Saúde", em 1986, iniciou um processo, até aí inexistente, de planeamento e de avaliação do sistema de saúde, com particular preocupação nos aspectos da qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

O Instituto Nacional da Saúde (INSALUD) passou a assumir uma intervenção institucional em torno destas matérias e desenvolveu igualmente um processo gradual de articulação e de descentralização de responsabilidades para as comunidades autónomas.

A nível internacional, a Organização Internacional de Normalização (ISO) elaborou as normas da série ISO 9000, que compreendem as normas ISO 9001, 9002 e 9003, que estabelecem as exigências relativas ao sistema de qualidade que uma instituição deve implementar para obter o certificado respectivo.

Estas exigências estão divididas em 20 rubricas distintas, que abrangem desde a responsabilidade da direcção, às técnicas estatísticas utilizadas.

O certificado é atribuído por um período de 3 anos, não sendo renovado sem a realização de nova auditoria.

As normas da série ISO 9000 podem ser aplicadas a vários tipos de organização, desde uma empresa de produção, a uma sociedade de serviços ou a um estabelecimento de saúde.

Desde há vários anos, existe a International Society for Quality in Health Care, cuja sede é na Austrália, que publica regularmente uma revista com importantes artigos sobre experiências e investigações nesta matéria.

A O.M.S. e a Organização Panamericana da Saúde têm desenvolvido, ao longo dos últimos 20 anos, importantes esforços na investigação das questões da qualidade na Saúde e na elaboração de princípios e recomendações para a concretização deste importante objectivo.

A nível da Europa, existe a Fundação Europeia para a Gestão de Qualidade (EFQM), que adopta um modelo baseado na auto-avaliação, permitindo efectuar um exame global, sistemático e regular das actividades e resultados da organização.

Este modelo, considerado tecnicamente bastante desenvolvido, tem sido aplicado a vários serviços de saúde, numa perspectiva de envolvimento permanente dos profissionais na melhoria contínua da qualidade, em todos os aspectos da organização.

II. CONCEITOS

A qualidade é, hoje, um aspecto crucial em qualquer organização, dado o reconhecimento que os erros, os gastos desnecessários e as tentativas de correcção dos erros provocam um aumento inútil dos custos e uma diminuição notável da satisfação.

Como já foi referido anteriormente, definir um produto em saúde constitui uma tarefa muito difícil.

Nesse sentido, é natural verificarmos a existência de várias definições diferentes que têm sido utilizadas e que têm evoluído, numa procura de melhor se adequarem às múltiplas especificidades da prestação de cuidados de saúde.

De forma generalizada, o conceito de qualidade é entendido como a combinação de efectividade, custo e satisfação.

A maioria das organizações que prestam um serviço desejariam encontrar a "fórmula mágica" para satisfazer permanentemente os seus clientes.

Os mais destacados teóricos da gestão da qualidade procuraram definir conceitos e estabelecer critérios de implementação e avaliação de projectos e programas, com o objectivo de produzir produtos de melhor qualidade, um volume maior de produção e redução dos desperdícios.

Assim, foram criados conceitos e expressões definidoras da gestão da qualidade total como: fazer bem logo à primeira, nada de defeitos, prevenção, cliente interno, cliente externo, cotação de nível competitivo, custo da qualidade, sinergias no trabalho de equipa, autogestão e auto-inspecção.

Na base destes conceitos e expressões, encontra-se um elemento central: o cliente.

Deste modo, vários autores, como **John Bank**, têm definido a qualidade como a satisfação completa das exigências dos consumidores ao preço interno mais baixo.

W. Edwards Deming, no seu vasto trabalho sobre a gestão e qualidade, definiu os amplamente conhecidos “14 pontos” de abordagem à qualidade total, que se podem sintetizar desta forma:

- Ser constante e resolutivo na melhoria dos produtos e serviços.
- Adoptar a nova filosofia.
- Parar de depender da inspecção em massa e exigir que se incluam provas estatísticas de qualidade nas funções de fabricação e aquisição.
- Acabar com a prática de decidir os negócios apenas na base do preço.
- Descobrir problemas.
- Instituir métodos modernos de treino no trabalho.
- Estabelecer novas formas de dirigir os trabalhadores na produção.
- Afastar o medo, para que toda a gente possa trabalhar com eficiência para a empresa.
- Quebrar as barreiras entre os departamentos.
- Eliminar metas numéricas, slogans, exortações e objectivos de produção para os trabalhadores, uma vez que a maioria dos problemas de qualidade tem a haver com processos e sistemas que são criados por gestores e estão para além do poder dos empregados.
- Eliminar padrões de trabalho que prescrevem quotas numéricas, tanto para os trabalhadores como para os gestores.
- Abolir a avaliação de execução e a gestão por objectivos.
- Instituir um vigoroso programa de educação e de mais treino.

- Estruturar o nível superior da gestão, de maneira a dar-lhe o poder necessário para conseguir levar a cabo os pontos anteriores.

É curioso verificar, que **W. Edwards Deming** considerava a “gestão por objectivos” um obstáculo à qualidade total e sinónimo de “gestão por medo”, baseado na sua análise de que a “gestão por objectivos” alimenta a execução a curto-prazo, a rivalidade e comportamento político, elimina o planeamento a longo-prazo, gera medo e destrói o trabalho de equipa.

Joseph Juran, que se tornou bastante conhecido pela publicação, na década de 50, de um livro de referência sobre qualidade (Quality Control Handbook), desenvolveu o seu conceito sobre a “gestão da qualidade total” nos 10 pontos seguintes:

- Criar consciência da necessidade e oportunidade para a melhoria de qualidade.
- Estabelecer metas para o aperfeiçoamento contínuo.
- Construir uma organização para atingir metas, estabelecendo um conselho de qualidade, identificando problemas, seleccionando um projecto, indicando equipas e escolhendo auxiliares.
- Dar treino a todas as pessoas.
- Completar projectos para resolver problemas.
- Dar informações sobre o projecto.
- Mostrar reconhecimento.
- Comunicar resultados.
- Manter um registo dos êxitos.
- Incorporar as melhorias anuais nos sistemas e processos regulares da empresa.

Ficou igualmente conhecido pela “trilogia” que definiu em torno dos processos básicos relacionados com a qualidade. (Trilogia de Juran): planeamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.

Um outro autor mais recente, **Philip B. Crosby**, define a qualidade "como a conformidade aos requisitos" e num dos seus livros, intitulado "Let's Talk Quality" (1989), considera que "a melhoria da qualidade não se inicia para reduzir os custos, mas para satisfazer as necessidades dos clientes e melhorar a condição da companhia".

A nível da Saúde, a abordagem das questões da qualidade foi evoluindo, acabando por impor-se a noção clara que as instituições de saúde "fabricam" diariamente um produto muito difícil de concretizar.

As instituições de saúde não possuem um produto concreto e definido para colocar no mercado e não têm possibilidade de "fabricar" em cada dia o seu serviço, com os mesmos níveis de qualidade do dia anterior.

Este processo produtivo tem um desenvolvimento que não é, muitas vezes, visível, acabando por ser o doente/utente quem define na sua apreciação a qualidade do "produto fabricado".

Esta particularidade, condiciona o controle sobre o resultado final e torna mais difícil o conhecimento dos erros existentes no "processo de fabricação", antes de ser utilizado pelo doente/utente.

Afinal, trata-se de uma situação em que a instituição e o "cliente" participam conjuntamente no fabrico do serviço.

Apesar desta participação conjunta, é sobre a instituição de saúde que recai o peso da garantia do êxito.

Também na Saúde, a "Gestão da Qualidade Total" se torna um processo de dirigir a organização através da participação e colaboração dos membros de todos os níveis e departamentos, para melhorar a qualidade dos seus serviços, a qualidade das suas actividades e a qualidade dos seus objectivos.

Nesta perspectiva geral, surgiram vários autores e instituições com a definição de conceitos adaptados ao sector da Saúde.

Há cerca de 50 anos, **Lee e Jones** definiram uma boa assistência médica em torno dos seguintes princípios:

- A boa assistência médica resume-se à prática da medicina racional baseada nas ciências médicas.
- A boa assistência médica sublinha a prevenção.
- A boa assistência médica requer a inteligente colaboração entre o público e os praticantes da medicina científica.
- A boa assistência médica mantém uma estreita e contínua relação pessoal entre o médico e o doente.
- A boa assistência médica está em coordenação com o trabalho de bem-estar social.
- A boa assistência médica coordena todos os tipos de serviços médicos.
- A boa assistência médica pressupõe a aplicação de todos os serviços necessários da medicina científica moderna às necessidades da população.

Há cerca de 30 anos, **Esselstyn** propôs 2 critérios para considerar se a assistência médica era de qualidade:

- O grau em que assistência seja disponível, aceitável, extensa e documentada.
- O grau em que uma terapêutica esteja baseada num diagnóstico preciso e não sintomático.

Estes critérios, incluem, no essencial, as ideias de Lee e Jones e juntam 3 novos conceitos, que são, em si mesmos, componentes importantes da qualidade da assistência: disponibilidade da assistência, aceitabilidade do doente e registo adequado da assistência.

Mais recentemente, o "Committee on Quality Evaluation" e a "American Society of Internal Medicine" propuseram a seguinte definição, incluindo o conceito de eficiência:

"A qualidade da assistência médica inclui um sistema científico para o estabelecimento do diagnóstico e a aplicação da terapêutica adequada, na direcção definida para satisfazer as necessidades do doente.

Estará sempre disponível, eficientemente prestada e adequadamente documentada”

A “Joint Committee on Quality Assurance of Ambulatory Care for Children and Youth” adoptou uma definição baseada na anteriormente referida, incluindo-lhe a importância dos cuidados preventivos:

“A qualidade da assistência inclui um método científico nos cuidados de saúde, detectando os problemas mediante diagnósticos correctos e aplicando a terapêutica adequada, com o objectivo de satisfazer as necessidades do doente.

A assistência estará sempre disponível, prestada com efectividade e adequadamente documentada.

A assistência preventiva utilizar-se-á para garantir um crescimento e um desenvolvimento físico, intelectual e emocional óptimos”.

O “Institute of Medicine” (E.U.A.) estabeleceu uma outra definição, com o objectivo de distinguir as várias dimensões diferentes da qualidade:

“O objectivo fundamental de um sistema de garantia da qualidade é tornar mais efectiva a assistência médica, melhorando o nível de saúde e o grau de satisfação da população, com os recursos que a sociedade e os indivíduos elegeram para destinar aos cuidados de saúde”.

Em 1990, apresentou uma nova definição, segundo a qual a qualidade dos cuidados é o grau para o qual os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de atingir os resultados de saúde desejáveis, que são coerentes com os conhecimentos profissionais correntes.

Em 1980, **A. Donabedian** considerou que os cuidados de saúde de elevada qualidade eram aquele género de cuidados que é esperado, para maximizar uma abrangente medida do bem-estar do doente, depois de ter conseguido uma relação de equilíbrio nos esperados ganhos e perdas que estão presentes em todas as componentes do processo de prestação dos cuidados.

A. Donabedian, na abordagem da qualidade dos cuidados de saúde, criou uma tríade baseada na estrutura, no processo e nos resultados. Assim, o objectivo da melhoria da qualidade é solucionar as deficiências na

prestação de cuidados, requerendo a identificação destas na estrutura ou no processo, de forma a poderem ser modificadas.

Em 1997, o Governo trabalhista da Grã-Bretanha, no seu documento sobre o NHS, definiu a qualidade como a forma de fazer as coisas certas, para o público certo, no tempo certo, fazendo-as certo à primeira.

Lembcke, numa perspectiva diferente, considerou que a melhor medida da qualidade não é se um serviço médico é bem prestado, nem com quanta frequência, mas quanto se aproxima o resultado aos objectivos fundamentais de prolongar a vida, aliviar o sofrimento, restituir a função e evitar a incapacidade.

Vuori, um dos especialistas mais conhecidos da O.M.S., definiu mais recentemente a qualidade como a capacidade de um produto ou serviço de satisfazer as necessidades do consumidor ao mínimo custo possível.

TERMINOLOGIA

Relativamente a algumas das definições que foram referidas, colocam-se diversos aspectos de terminologia, que importa conhecer:

- *Sistemas de garantia da qualidade* – trata-se de um sistema organizado, valorizando a qualidade dos cuidados de saúde. Este sistema tem de contemplar mecanismos para a adopção de mudanças.
- *Cuidados de saúde e nível de saúde* – a palavra saúde deve ser a mais adoptada, dado que existem outros profissionais de saúde, além dos médicos, que contribuem activamente para os objectivos de manter bons níveis de saúde para a população.
- *Melhoria efectiva dos níveis de saúde* – o objectivo de um sistema de saúde não é produzir serviços, mas prestar uma melhor saúde. O resultado que importa é o nível de saúde do indivíduo. A efectividade significa poder melhorar o nível de saúde. Deste modo, o teste essencial para verificar se os cuidados de saúde são, ou não, de qualidade, é se estes cumprem os objectivos para que foram criados.

- *Satisfação* – a satisfação dos que recebem os cuidados de saúde constitui outra prova fundamental da qualidade da saúde. É a forma de avaliar a aceitabilidade dos cuidados prestados.
- *Impacto sobre a população* – trata-se de verificar a importância do impacto dos cuidados de saúde sobre o conjunto da população e não somente sobre os cidadãos que recorrem aos serviços de saúde. Uma componente importante da qualidade dos cuidados de saúde é saber se estes chegam a todos os que dele necessitam. Por outras palavras, se os cuidados de saúde são acessíveis.
- *Ter em conta os recursos que a sociedade e os indivíduos destinam* – a limitação dos recursos é um factor determinante da qualidade dos cuidados de saúde.

Neste caso, o objectivo que se procura atingir é a eficiência, ou seja, fazer o melhor uso dos recursos limitados.

Por outro lado, a abundante oferta de serviços de saúde não constitui, por si só, uma garantia de boa qualidade dos cuidados.

DIMENSÕES DA QUALIDADE

O conhecimento das diferentes abordagens e conceitos da qualidade em saúde, conduz ao estabelecimento das 5 dimensões seguintes:

- *Efectividade*: poder de um determinado procedimento ou tratamento para melhorar o nível de saúde.
- *Eficiência*: prestação de um número máximo de unidades comparáveis de cuidados de saúde por unidade de recursos utilizados.
- *Acessibilidade*: facilidade com que se podem obter cuidados de saúde, face a barreiras económicas, organizativas, culturais e emocionais.
- *Aceitabilidade*: grau de satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de saúde.
- *Competência profissional*: constitui uma dimensão essencial, estando relacionada com a capacidade do profissional na melhor utilização dos conhecimentos para proporcionar saúde e satisfação aos utentes.

III

CONTEXTO POLÍTICO E ECONÓMICO

Os sistemas de garantia e controle de qualidade na saúde adquiriram particular desenvolvimento devido à crescente incorporação de tecnologia pesada, com elevados custos, ao alargamento da prestação de cuidados de saúde a sectores cada vez mais amplos das populações e a uma maior informação e exigência dos cidadãos.

Simultaneamente, estes sistemas começaram a ser instrumentalizados por sectores políticos e económicos, numa perspectiva de feroz concorrência de mercado entre instituições de saúde privadas e como mecanismo privilegiado de estabelecer uma rigorosa selectividade no acesso a financiamentos públicos e privados.

Esta instrumentalização e perversão da qualidade na saúde atingiram a maior evidência nos E.U.A. e, mais recentemente, na Grã-Bretanha.

O rótulo da qualidade serviu para vultuosos negócios e possibilitou que grandes grupos financeiros colocassem instituições de saúde cotadas nas Bolsas e estendessem as suas actividades a cadeias de restaurantes e hotéis.

Apesar da adopção teórica de procedimentos e mecanismos que tenderiam à criação de sistemas de qualidade, os E.U.A., estão confrontados com graves e estruturais problemas do seu sistema de saúde.

O próprio "Institute of Medicine" (E.U.A.), em artigo publicado há cerca de 2 anos (JAMA, Set. 16, 1998 - vol. 280, nº 11) reconhecia a existência de 41 milhões de americanos sem acesso aos cuidados de saúde e de enormes falhanços nos resultados dos sistemas de qualidade aplicados.

A título de exemplos, este artigo refere que 21% de todos os antibióticos prescritos foram utilizados em situações para as quais não

produzem qualquer efeito (constipações e viroses), 16% das hysterectomias não tinham justificação clínica, bem como 20% dos pacemakers colocados e 17% das endoscopias efectuadas.

Apesar de os E.U.A., serem o país com o maior volume de despesas com a saúde, apresentam, a nível dos países mais desenvolvidos, os mais baixos indicadores nesta área.

Noutros países, como o Canadá e a França, os sistemas de qualidade implementados e avaliados procuraram efectuar uma abordagem mais específica e rigorosa, tendo como preocupações efectivas disponibilizar aos seus cidadãos procedimentos diagnósticos e terapêuticos eficazes, evitar que estes procedimentos tenham efeitos secundários perigosos, aplicar novos exames e terapêuticas, com elevados custos, aos doentes que deles necessitam com claro fundamento, aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde perante os doentes, corrigir a utilização incorrecta de técnicas e manter a adequada prestação de cuidados de saúde, combatendo os desperdícios e evitando o aumento dos custos.

O facto de as despesas com as instituições de saúde e com o próprio sistema de saúde estarem em acelerado crescimento contínuo, tem constituído uma razão fundamental para a adopção e implementação, em vários países, de programas de garantia da qualidade.

Deste modo, está claramente presente a preocupação de serem mantidos os mesmos níveis de prestação de cuidados de saúde, com efectivo controlo das despesas, e evitar o desencadeamento de graves problemas sociais.

O "Institute of Medicine" (E.U.A.), no referido artigo, classifica os problemas da qualidade dos cuidados de saúde em 3 categorias: sub-utilização, abuso de utilização e uso indevido.

A sub-utilização é considerada como uma falha na prestação de um serviço de saúde, quando este deveria ter produzido um resultado favorável para o doente/cidadão.

Refere como exemplos, a insuficiente vacinação das crianças, doenças não diagnosticadas e, como tal, não tratadas, e os 41 milhões de americanos excluídos do acesso aos cuidados de saúde.

O abuso da utilização verifica-se em circunstâncias em que o potencial de um serviço de saúde excede o possível benefício, causando dano.

Como exemplos, são referidas a prescrição indevida de antibióticos, com a posterior criação de resistências, e intervenções cirúrgicas inadequadas à situação clínica.

O uso indevido, ocorre quando um serviço apropriado foi escolhido, mas uma evitável complicação surge e o doente não recebe todo o potencial benefício do serviço.

Como exemplos, são referidas as evitáveis complicações com cirurgias e medicamentos.

Esta classificação torna mais elucidativa a relação entre a qualidade e os custos.

Inclusivamente, o apoio dos guidelines na prescrição profiláctica de antibióticos na cirurgia, conduziu, segundo estudos realizados nos últimos anos nos E.U.A., a uma diminuição de 30% das queixas judiciais dos doentes, a uma diminuição de 27% na mortalidade pós-operatória e a uma diminuição de 58% nos custos de antibióticos por doente tratado.

Mais recentemente, esta organização estimava que os erros médicos custam anualmente cerca de 37,6 biliões de dólares, dos quais 17 biliões são devidos a erros médicos evitáveis.

No Estado de Massachusetts, o respectivo Conselho de Registo Farmacêutico estima que 2,4 milhões de prescrições são efectuadas inadequadamente.

Na especialidade de anestesia, o uso de guidelines, protocolos e de equipamento padronizado, determinou a redução da sua taxa de erros para 7 vezes menos.

Nos E.U.A., cerca de 180.000 pessoas morrem anualmente devido a erros médicos potencialmente evitáveis.

Deste modo, o problema do erro na medicina tem vindo a suscitar importantes discussões e pesquisas.

Habitualmente, os erros são "descobertos", apenas, quando existe um acidente com um doente.

A primeira etapa da prevenção do erro, consiste numa correcta definição do problema.

Considerando que os erros não podem ser encarados como inevitáveis, alguns autores têm considerado que eles devem ser objecto de uma identificação eficiente e de rotina na prática profissional.

De igual modo, têm definido os seguintes mecanismos principais de prevenção:

- Reduzir a confiança na memória.
- Melhorar o acesso à informação.
- A padronização.
- A formação contínua, considerada como essencial.

As sucessivas alterações do contexto económico, as crescentes exigências dos consumidores, um aumento da procura dos cuidados de saúde, o envelhecimento das populações dos países desenvolvidos, a contínua incorporação de tecnologia cada vez mais dispendiosa e o crescimento permanente das despesas globais da saúde, têm imposto novos e exigentes desafios aos serviços de saúde.

A implacável lógica dos números e a necessidade de controlar o crescimento dos custos, conduziram à procura de soluções que permitissem, ao mesmo tempo, garantir a manutenção do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Deste modo, a solução fundamental desenvolveu-se em torno da qualidade dos cuidados, tendo desencadeado uma acesa discussão sobre os seus custos.

A qualidade controla os custos? A qualidade implica maiores custos? E a ausência de qualidade tem maiores ou menores custos?

A análise destas questões deve estar baseada em 4 critérios fundamentais: a relação custo-qualidade, os indicadores da não-qualidade, a quantificação do custo da não-qualidade e do custo da qualidade.

O principal efeito financeiro da qualidade, consiste na redução dos custos através da redução dos desperdícios.

As maiores exigências dos doentes quanto à qualidade e as restrições orçamentais, colocaram a questão da relação custo-qualidade.

Por outro lado, as abordagens teóricas revelam que a qualidade não deve colocar em causa o trabalho dos empregados, mas assentar numa reorganização dos processos. De facto, todos os empregados são susceptíveis de cometer erros e as organizações devem adoptar medidas para os prevenir.

No caso dos serviços de saúde, existe a particularidade do doente receber o seu serviço em tempo real e deste tipo de serviço não permitir uma verificação ou inspecção antes de ser prestado.

Assim, o doente/consumidor recebe o serviço, tal como foi produzido.

O controle da qualidade nos serviços de saúde deve assentar na prevenção, porque é mais rentável o investimento nesta, do que na correcção.

Porque a qualidade na saúde e os seus custos não são de fácil medida, houve a necessidade de elaborar indicadores e de desenvolver o conceito de Gestão da Qualidade Total.

Este conceito, tem como objectivo melhorar a qualidade dos cuidados de saúde de maneira contínua, prevenindo os erros, através de um sistema de formação, informação e organização.

A melhoria da qualidade na saúde implica considerar 5 critérios:

- A fiabilidade (capacidade de prestar o bom serviço).
- A organização.
- A competência dos profissionais.
- A confiança do doente de que o serviço é feito correctamente.
- A atenção quanto às expectativas do doente (a conformidade com as exigências).

Estes critérios reflectem, em grande medida, a influência dos conceitos teóricos desenvolvidos no sector industrial.

No que se refere às componentes do custo de investimento na qualidade importa ter em conta o quadro seguinte:

Dimensão	Prevenção	Conformidade
Definição	Prevenir os erros e integrar a qualidade nos processos	Actividades de detecção dos erros
Exemplo	Formação / Educação dos técnicos e do pessoal	Auditoria Clínica

Fonte: "Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital/www.Anaes.FR/

Quanto às componentes do custo da não-qualidade é elucidativo o quadro seguinte:

Dimensão	Falhas internas	Falhas externas
Definição	Erro interno detectado antes que o serviço seja prestado	Actividades de detecção dos erros
Exemplo	Custos ligados aos prolongamentos do tempo de trabalho	Custos das infeções nosocomiais, reinternamentos, etc.

Fonte: "Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital/www.Anaes.FR/

O custo da não-qualidade, devido a uma deficiente organização da produção, pode atingir o doente e pode resultar de erros no decurso do processo de prestação dos cuidados (falhas internas) antes do doente os receber, ou ser directamente sentido pelo doente (falhas externas).

As falhas internas, no decurso do processo, podem ser sentidas pelos doentes, como por exemplo os atrasos nos exames complementares de diagnóstico.

Se tivermos em conta diversos estudos a nível de empresas de serviços, verificamos que os custos da qualidade representam entre 25 a 35% do volume de negócios.

A repartição destes custos tem as seguintes componentes: 5% em prevenção, 20% na conformidade e 75% nas falhas.

Importa ter bem presente, que os custos da qualidade não podem ser reduzidos a zero, dado que a qualidade implica investimentos.

No entanto, é possível fixar estes custos num nível máximo na ordem de 3 a 7% do lucro total.

Tal significa, que as fontes do erro foram analisadas e que as adequadas soluções foram adoptadas, verificando-se assim a importância da prevenção.

Por exemplo, Juran considerou que o nível óptimo da qualidade, era aquele em que as falhas representam 40% do custo total da qualidade.

As disfunções observadas foram: tempo perdido, procedimentos supérfluos, higiene não respeitada, dificuldade de acesso à informação. As disfunções representam custos inúteis muito elevados.

Os custos da não-qualidade variam entre 5 a 25% do número total dos negócios. Estes custos encontram-se "escondidos".

ÁREAS PRINCIPAIS DE CUSTOS

No essencial, existem 3 áreas principais de custos a identificar, a medir e a melhorar:

- Custos da conformidade.
- Custos da não-conformidade.
- Custo das oportunidades perdidas.

O custo da conformidade possui 2 aspectos, relativos ao custo da prevenção e ao custo da avaliação.

O custo da prevenção engloba os custos das actividades que evitam que ocorra insucesso.

Os custos da prevenção aumentarão a curto prazo, à medida que o investimento em treino, planeamento, processos e sistemas estabelece as bases para o futuro.

Os custos da avaliação reduzem-se gradualmente, à medida que são implementados requisitos para atingir a conformidade com os padrões da qualidade.

O insucesso interno e externo, requisitos excessivos e oportunidades perdidas reduzir-se-ão substancialmente, à medida que as actividades de prevenção forem atingindo os seus objectivos.

O *custo da não-conformidade* abrange 3 aspectos relativos ao custo do insucesso interno, ao custo do insucesso externo e ao custo dos requisitos excessivos.

O custo do insucesso interno representa o custo da correcção de produtos ou serviços que não satisfazem os padrões de qualidade, antes da entrega ao cliente.

O custo do insucesso externo representa o custo da correcção de produtos ou serviços, após a entrega ao cliente.

O custo dos requisitos excessivos trata-se do custo que ocorre ao proporcionar informação e serviços desnecessários ou sem importância.

Quanto ao *custo das oportunidades* perdidas constitui o custo mais difícil de identificar e refere-se ao rendimento perdido como resultado da perda de clientes existentes e da perda de potenciais clientes, bem como os negócios perdidos por não se entregarem os produtos e os serviços segundo os padrões de qualidade exigidos.

O RISCO DA NÃO-QUALIDADE

A não-qualidade é para os estabelecimentos de saúde um factor de riscos. Estes riscos intervêm a 3 níveis (Vilhe):

- O doente.
- O estabelecimento.
- A sociedade.

Para o doente, o hospital não pode tornar-se um local de riscos devido à existência de zonas de não-qualidade na cadeia de cuidados.

Para o estabelecimento, o risco é de 2 tipos: económico e comercial (no caso dos estabelecimentos privados).

O risco pode ser social, para um doente mal assistido que acumula "baixas" no trabalho, que poderá sofrer uma incapacidade e vir a desencadear situações de stress.

A não-qualidade pode também provocar uma perda de confiança e de serenidade, dado que o pessoal hospitalar tem delas necessidade para prestar os cuidados de saúde.

Para obter um nível de qualidade próximo da qualidade total, é necessário identificar os custos da não-qualidade e ter um método de medida.

A maior parte do custo da não-qualidade é constituída por custos "escondidos" ou indirectos.

O custo da não-qualidade inclui custo directos (a despesa necessária para reparar os erros) e custos indirectos, mais dificilmente quantificáveis.

Estes últimos, provem frequentemente de falta de espírito de equipa entre os profissionais hospitalares, de um mau acolhimento e de uma insatisfação do doente.

Os indicadores da não-qualidade

Os principais indicadores são:

- As infecções nosocomiais.
- Outros acontecimentos indesejáveis, sob o ângulo da taxa de mortalidade, do prolongamento da hospitalização e dos reinternamentos.
- O absentismo e o tempo de espera na sala de operações também são utilizados como indicadores.

As infecções nosocomiais

Tem um custo elevado. Constituem um indicador "sentinela" da não-qualidade.

Os consumos médicos e sociais destas doenças também estão implicados, bem como o afastamento dos locais de trabalho e a ausência de actividade profissional.

As infecções nosocomiais são um indicador de não-qualidade útil para estimar os custos associados à não-qualidade.

Diferentes estudos internacionais têm concluído que as infecções nosocomiais têm consequências financeiras muito importantes nos orçamentos hospitalares.

Os acontecimentos indesejáveis

São definidos como sendo complicações inesperadas que constituem a causa do prolongamento da hospitalização, da readmissão, de invalidez e, inclusivé, de mortes.

Os critérios de despistagem são principalmente:

- A transferência imprevista para uma unidade de cuidados intensivos.
- Uma transferência para a cirurgia, durante o internamento, e um enfarte do miocárdio.
- A reintervenção cirúrgica durante o mesmo internamento.

AS ETAPAS DA QUANTIFICAÇÃO DA QUALIDADE E DA NÃO-QUALIDADE

O procedimento da quantificação da qualidade e da não-qualidade decompõe-se em 4 etapas:

- Implementação de uma grelha de critérios e de acontecimentos indesejáveis.
- Exame dos dossiers médicos de um serviço para compatibilizar os acontecimentos indesejáveis.
- Reexame dos casos de acontecimentos indesejáveis, para determinar, ou não, as falhas profissionais.

- Implementação de planos da melhoria da qualidade em função da gravidade dos acontecimentos.

Este procedimento, muito utilizado nos hospitais dos E.U.A., permite dispor de informação em caso de litígio com um doente, ou com a sua família, que tenha sofrido um acontecimento deste tipo.

De acordo com **Hill**, a qualidade não se pode reduzir aos resultados e os indicadores devem ter em conta o funcionamento do estabelecimento no seu conjunto.

Estes indicadores relativos à estrutura, aos processos e aos resultados são:

- | | |
|----------------------|---|
| <i>A estrutura</i> | <ul style="list-style-type: none">• o ratio do nº de internados sobre o nº de camas.• a quantidade e o tipo de material disponível. |
| <i>O processo</i> | <ul style="list-style-type: none">• o nº de diagnósticos operatórios.• nº de admissões no hospital.• a duração média do internamento. |
| <i>Os resultados</i> | <ul style="list-style-type: none">• a taxa de morbilidade.• a taxa de invalidez.• a taxa de mortalidade. |

Os acontecimentos indesejáveis integrados na categoria dos resultados não devem constituir o único indicador da não-qualidade.

A não-qualidade deve ser tida em conta através de todo o funcionamento do estabelecimento.

A análise dos acontecimentos indesejáveis assenta num método retrospectivo, através dos dossiers médicos.

Importa referir que este trabalho retrospectivo pode ser fonte de erros, dado que estes elementos não permitem identificar os elementos-chave da qualidade dos cuidados (diagnóstico adequado, prescrição adequada).

Os acontecimentos indesejáveis podem ser um instrumento útil para sensibilizar os profissionais sobre os riscos das suas práticas, mas não podem constituir uma fonte de informação directa sobre a qualidade ou a não-qualidade dos cuidados, necessitando de serem combinados com outros elementos.

Os acontecimentos indesejáveis graves são considerados como os que têm por consequência a morte, a invalidez ou um mínimo de 4 dias de hospitalização suplementar.

As reacções adversas com medicamentos também têm custos elevados, associados a um prolongamento da hospitalização.

Como tal, o investimento na prevenção é a chave do sucesso duradouro da qualidade.

Numa análise detalhada destes problemas, importa considerar o impacto económico negativo de aspectos inerentes ao sistema de organização e de informação do estabelecimento.

Com esta preocupação, coloca-se a necessidade de reorganizar o trabalho e o próprio estabelecimento, reestruturar as tarefas, desenvolver a informação e desenvolver as cooperações interpessoais e interprofissionais.

Em suma, a qualidade e a não-qualidade têm de ser apreendidas sob o ângulo da organização.

IV

A MUDANÇA ORGANIZACIONAL

É sabido, de acordo com a experiência acumulada, que todas as melhorias requerem mudança.

No caso da saúde, a melhoria da prestação de cuidados implica mudar o caminho em que as coisas se estão a processar, mudando os processos e os comportamentos das pessoas e das equipas.

A melhoria da qualidade, inclui toda a organização na aplicação dos mesmos princípios de mudança da gestão.

A mudança organizacional implica uma estratégia, que deve iniciar-se com um diagnóstico da situação da organização, que tenha em conta os factores internos e externos, sendo estes decisivos para que o projecto de transformação consiga atingir os objectivos previstos.

Neste contexto transformador, cada organização tem de criar a sua própria visão e os padrões que possibilitem implementar uma estratégia de mudança.

Nas organizações de saúde, as coordenadas de todo o processo de melhoria e de revitalização, deverão orientar-se para a desconcentração organizativa e funcional e para a procura de soluções eficientes, mediante fórmulas de gestão inovadora.

A nível dos hospitais, que são organizações complexas de serviços, a decisão de avançar para um modelo de mudança deve-se a várias causas:

- introdução de novas tecnologias.
- necessidade de reduzir os custos.
- melhorar a satisfação dos doentes e dos profissionais.
- reduzir as taxas de readmissão de doentes.

As estratégias de mudança têm de aplicar-se à organização de saúde, globalmente considerada, e aos serviços específicos que nela estão integrados.

Para tal, existe a necessidade de integrar tarefas, de coordenar actividades, de redefinir a estrutura e a organização do trabalho e de tomar decisões estratégicas para que os fluxos de valor mais crítico se aproximem, de forma mais eficaz, das suas necessidades.

Lewin conceptualizou a mudança organizacional, como um processo em forma de uma intersecção das forças condutoras para a mudança com as forças de resistência, que impedem a mudança.

De acordo com este autor, as organizações são sistemas que se sustentam no equilíbrio de forças contrárias.

Para que essa posição de equilíbrio se altere, de modo a que a mudança se verifique, deve haver um fortalecimento das forças condutoras ou um enfraquecimento das forças de resistência (práticas tradicionais, cultura organizacional e insegurança no trabalho).

Considera ainda, que as melhores estratégias para implementar a mudança, se devem apoiar em enfraquecer as forças de resistência, dado que um aumento unilateral das forças condutoras da mudança acabará por implicar um aumento oposto das forças de resistência.

Kanter e al. consideram que a mudança só tem sucesso, quando toda a organização participa neste esforço.

Pettigrew defende que esta mudança não poderá ser somente considerada em termos de processos, mas deverá considerar as características históricas, culturais e políticas da organização.

Pettigrew e Whipp desenvolveram um modelo de mudança estratégica que implica uma interacção contínua entre as ideias acerca do contexto da mudança, do processo da mudança e do conteúdo da mudança, juntamente com a habilidade de regular as relações entre os 3.

A formação do conteúdo da mudança estratégica implica a administração do seu contexto e processos.

Pettigrew e al. definem contexto como “o porquê e o quando” da mudança.

Eles distinguem o contexto interno e o contexto externo.

O contexto externo refere-se a certos factos, como circunstâncias económicas e ambientes sociais e políticos, enquanto o contexto interno está relacionado com influências internas, tais como os recursos, capacidades, estruturas, cultura e políticas.

O conteúdo é definido como “o quê” da mudança e está relacionado com as áreas de transformação. O processo está relacionado com “o como” da mudança e refere-se às acções e interacções dos vários grupos de interesses, com os quais se negociam as propostas para a mudança.

Dawson, no seu modelo de imperativos para a mudança, reflecte muito do trabalho de vários autores contemporâneos, ao apresentar 4 pontos-chave:

- Racionalidade e irracionalidade (planos de acção irrealistas, racionalidade no planeamento do processo e explicar os programas de mudança aos membros da organização).
- Destacar a importância da interacção entre decisão e acção.
- Reflectir as áreas cobertas na nossa consideração, quanto à participação e à decisão.
(este imperativo considera que os membros de uma organização têm tempos diferentes de envolvimento na tomada de decisão ou implementação, ou em ambas).
- Referir a necessidade de incluir processos de aprendizagem, criatividade e desenvolvimento da gestão da mudança.

Do desenvolvimento organizacional emergem 2 conceitos dinâmicos, que têm uma particular relevância para a mudança e para a implementação da qualidade nas organizações da saúde: aprendizagem e processos de mudança.

Deste modo, aprendizagem e processos de mudança são parte integrante, um do outro: Mudança é um processo de aprendizagem, aprendizagem é um processo de mudança.

Argyris e Schon consideram que a aprendizagem da organização implica a detecção e a correcção dos erros.

Shein pensa que, para a mudança acontecer, a organização deve esquecer as anteriores "crenças", estar aberta a novas ideias e reaprender novas hipóteses e comportamentos.

Senge propõe, que a compreensão do sistema só pode ser alcançada pela compreensão do todo e das pessoas dentro do sistema.

Beckhard e Pritchard defendem que para dirigir uma organização para o futuro, um crescente complexo operacional, tem de ser adoptado um processo de mudança fundamental.

Beckhard define desenvolvimento organizacional como um esforço planeado e ampla organização gerida desde o topo, para aumentar a efectividade organizacional e a saúde, através de intervenções planeadas nos processos de organização, usando o conhecimento das ciências do comportamento.

As pessoas e os processos

Para **Crozier e Friedberg**, toda a organização é um edifício onde os indivíduos definem, em parte, as modalidades das suas aplicações.

A organização, para estes autores, é um "reino" de relações de poder, de disputa e de cálculo, onde cada um utiliza as particularidades da organização para assegurar a protecção dos seus próprios objectivos.

Para aderir mais facilmente ao processo de mudança, cada "actor" deve poder associar o seu projecto pessoal ao da organização, o que leva alguns autores a considerar que o processo de mudança também é um jogo de poder.

Mintzberg define a organização hospitalar como uma "burocracia profissional", que coloca a tónica no poder da competência.

A "burocracia profissional" tem demonstrado uma grande incapacidade de adaptação, quando se operam mudanças no meio.

O envolvimento na mudança dos cuidados de saúde para um sistema equilibrado e com novos processos internos, implica conhecer como esta mudança deve ser conduzida e gerida.

A natureza da influência dos profissionais de saúde produz limitações, que se distinguem das experimentadas nas organizações industriais.

As pessoas na organização podem ser divididas em 3 amplas categorias de mudança: os estrategas da mudança, os implementadores da mudança e os destinatários da mudança.

Nas organizações de saúde, os estrategas serão os gestores e os profissionais líderes, os implementadores serão os coordenadores dos projectos de qualidade e as equipas de auditoria interna e os destinatários serão o seu conjunto de profissionais.

Em todos estes processos, importa ter em conta que se criam resistências pessoais ou de grupo.

Os grupos podem resistir à mudança se a sua estrutura de grupo, normas sociais ou a base de poder são afectadas.

Mais frequentemente, a resistência à mudança tem sido considerada como uma obstrução cognitiva na base de "não é necessário mudar", "não se pode mudar", "não se ganha nada com a mudança", ou que "os custos da mudança prevalecem sobre os potenciais benefícios".

Um autor, **Rogers**, sugere que existem 5 categorias de apoiantes das inovações, cada uma com distintos traços de personalidade:

- inovadores.
- apoiantes antecipados.
- maioria antecipada.
- maioria tardia.
- lentos.

A confiança no tempo da mudança está baseada em 2 aspectos: a previsibilidade e a capacidade.

O corpo de profissionais necessita de conhecer o processo, o seu previsível desenvolvimento, o caminho definido e ser tratado com seriedade.

É indispensável, que todas as pessoas saibam as novas tarefas, os novos papéis, as novas aptidões e se desenvolva uma comunicação efectiva.

As pessoas e os grupos dentro da organização devem ser motivados por um sentido de visão do desejado futuro estado. Ou seja, é necessário definir com rigor o caminho a seguir, caso contrário, estes desconhecem para onde a mudança os conduz e a instabilidade, o medo e a resistência instalam-se.

É fundamental a vontade da administração da organização, cuja disposição para aceitar decisões, trabalhar de acordo com elas e observar os seus efeitos, constitui o factor decisivo, quando se pretende atingir a mudança.

A liderança assume, deste modo, uma importância crucial, devendo tomar a iniciativa na implementação da qualidade e estabelecer uma segura e partilhada visão do sistema de cuidados de saúde em melhoria contínua.

Deming (1986) fazia notar, que é imperativo que os dirigentes assegurem uma constância de objectivos e não saltem de um problema para outro, de uma estratégia para outra, se desejam que a organização se oriente para uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

A mudança só terá sucesso, se o seu processo envolver aqueles cujo trabalho é objecto de avaliação.

Nesse sentido, torna-se imperioso criar um sistema eficaz de comunicação e de circulação de informação entre os vários níveis da organização, desenvolver uma efectiva colaboração em torno dos objectivos da organização entre os vários estratos profissionais, estabelecer um clima de confiança mútua entre os vários níveis hierárquicos e promover uma ampla e efectiva participação a todos os níveis.

Deste modo, a motivação do corpo de profissionais da organização terá um importante impacto positivo, directo e indirecto, nos cuidados prestados aos doentes.

Segundo **Donabedian e Starfield**, a produção hospitalar pode ser apresentada da seguinte forma:

recursos → serviços → saúde

A produção de serviços num hospital é composta por actividades complexas, muito diversificadas, onde vários estratos profissionais, com formações técnicas muito diferentes, gravitam em torno dos doentes.

Fetter e Freeman, assim como **Chillingerian e Sherman**, conceptualizam o processo de produção na saúde, considerando que o médico face ao seu doente constitui uma "firma virtual temporária" para cuidar dele.

Harris considera, que o corpo médico toma as decisões ligadas aos doentes e a administração fornece os serviços de suporte e os serviços auxiliares.

No entanto, as escolhas e as decisões dos médicos estão condicionadas por outros estratos profissionais e pela disponibilidade dos serviços intermédios.

Assim, existem 2 "firmas" paralelas no seio dos hospitais: uma controlada pelos médicos e outra pelos gestores.

No entanto, elas não são independentes umas das outras, antes exercem uma influência recíproca.

Goes e Zhan colocaram em evidência este tipo de mecanismo ao nível da relação financeira, ligando os médicos à estrutura.

Eles demonstraram, que a participação dos médicos a nível da direcção ou da administração estava relacionada com um maior benefício, com uma taxa de ocupação mais elevada e de custos mais baixos.

Alguns autores, como **Stephen e ai.**, destacam 2 factores-chave do êxito na implementação de um programa de qualidade:

- Uma cultura organizacional baseada em valores associados, equipas de trabalho e participação.
- Uma implementação prospectiva, que se centre nas oportunidades de melhoria dentro de um plano de mudança organizativa e que envolva todos os profissionais.

Na organização e implementação da qualidade consideram-se as seguintes fases:

- Formulação política.
- Definição de critérios de desempenho.
- Definição e aplicação de critérios de qualidade.
- Identificação e soluções para um problemático ou subpadronizado desempenho.
- Contínua melhoria no desempenho global dentro do sistema.

O trabalho de equipa

Embora as equipas constituam mini-organizações, elas são somente uma parte da organização, necessitando, para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, estarem integradas nela, aderir aos seus objectivos e terem uma percepção clara acerca da responsabilidade e autoridade.

Outros aspectos a ter em conta é a interdependência dos membros da equipa, a comunicação, o trabalho entre os elementos da equipa para alcançarem objectivos comuns e o facto de cada um deles ter um papel definido dentro da equipa para contribuir na concretização desses objectivos.

O trabalho de equipa é crescentemente encarado como uma solução para impedir a potencial fragmentação dos cuidados de saúde, um meio para alargar as aptidões, uma parte essencial da necessidade de considerar a complexidade dos cuidados de saúde modernos e um caminho para a melhoria geral da qualidade para o doente.

Todas as equipas são grupos, mas nem todos os grupos são equipas.

A diferença essencial reside no facto de estarem, ou não, empenhados em trabalhar juntos, com vista a alcançar objectivos comuns.

O trabalho de equipa, que é objecto de maior ênfase, assenta na multidisciplinaridade da sua composição, com a diversidade de aptidões a ser considerada como um aspecto essencial.

Segundo **Carter e West**, para constituir uma verdadeira equipa, há que analisar os seguintes critérios:

- A equipa está claramente definida?
- Existem objectivos relativamente claros?
- Cada um trabalha frequentemente com os outros membros da equipa para alcançar os objectivos?
- Dentro da equipa, estão definidos os diferentes papéis dos seus membros?
- A equipa é reconhecida por outros, na organização, como uma equipa de trabalho claramente definida, desempenhando uma função específica?

Guzzo e Shea abordaram igualmente estas questões e assentaram nos seguintes princípios:

- A equipa deve ter uma definição de tarefas significativamente clara.
- Os objectivos da equipa deverão ser claros.
- Os membros da equipa terão tarefas únicas e significativas.
- O desempenho dos membros da equipa necessita de avaliação e de retorno da informação.
- Regular retorno da informação quanto aos sucessos da equipa, considerando os seus objectivos.

Um aspecto essencial, que se coloca também a nível do trabalho de equipa, é a ampla participação dos seus membros.

A experiência mostra, que a discussão colectiva para a melhoria dos vários aspectos dos cuidados de saúde reduz o stress e conduz a melhores cuidados.

Os papéis dentro da equipa, necessitam frequentemente de ser negociados, mas, em último caso, podem ser uma decisão da liderança.

Os objectivos da equipa e dos seus membros necessitam de ser mensuráveis, dado que, só assim, cada um conhece o bom trabalho que está a ser feito.

Quando facções dentro da equipa têm muito diferentes percepções sobre o que está a acontecer, a recolha de dados para fornecer uma evidência precisa acerca disto, pode frequentemente quebrar o impasse.

A comunicação, por diversos meios, é o "sangue" de qualquer organização e de todas as equipas dentro dela.

O conflito é um aspecto inevitável e presente em todos os relacionamentos, embora não signifique tratar-se de um indicador de uma equipa fraca.

Outro aspecto, que tem sido abundantemente analisado e que muitos autores acreditam constituir um poderoso impulso, que conduz à melhoria da qualidade, é o pagamento de incentivos.

Bloor e Maynard, sugeriram, há cerca de 3 anos, que a recompensa para o bom desempenho da equipa deve ser para a equipa, em vez de uma distribuição individual dentro dela.

Esta sugestão, tem em conta um dos aspectos mais importantes e frequentes que causa grandes dificuldades dentro das equipas, que é a existência de hierarquias muito marcadas, onde existem grandes intervalos entre os seus membros individuais, no que se refere a condições e recompensas.

Em síntese, para encorajar o bom trabalho de equipa, há que assegurar os seguintes elementos:

- Equipas com claras metas e objectivos.
- Clara responsabilidade e autoridade.
- Diversidade de aptidões e personalidades.
- Papéis individuais claros para os seus membros.
- Tarefas repartidas.

- Regular comunicação interna, formal e informal.
- Máxima participação dos seus membros.
- Reflexão.
- Enfrentar o conflito.
- Monitorizar os objectivos da equipa.
- Retorno da informação a nível individual.
- Retorno da informação do desempenho da equipa.
- Reconhecimento externo da equipa.
- Comunicações externas nos 2 sentidos.
- Recompensas para a equipa.

(Jenny Firth - Cozens /"Celebrating Teamwork"/ Quality in Health Care 1998; 7 Suppl.)

V

O CLIENTE

Os clientes podem ser pessoas ou organizações que mantêm uma relação que intervem nas tarefas e objectivos dos cuidados de saúde.

Num projecto de melhoria contínua da qualidade é fundamental, que a organização oriente a sua actividade para a satisfação das necessidades da sua clientela.

Nesse sentido, é exigida uma profunda compreensão dos clientes e das suas necessidades, como condição para a prestação de serviços de qualidade.

Berwick definiu o cliente como “uma pessoa que depende de nós”.

Juran considerou que o cliente é quem recebe ou é afectado pelo produto ou processo.

J. A. Smith coloca a importância de ter em conta a opinião dos clientes durante o planeamento estratégico, como forma de um hospital se centrar no doente.

A JCAHO considera que os serviços devem proceder à monitorização e avaliação das percepções dos pacientes e suas famílias sobre os cuidados e a forma como são prestados, nomeadamente:

- a qualidade global dos cuidados;
- o respeito, o cuidado, a sensibilidade e a rapidez de resposta do pessoal;
- a competência do pessoal;
- a qualidade do meio e os serviços de suporte.

A designação "cliente", trata-se de uma generalização da terminologia adoptada na indústria e serviços comerciais, onde os programas de qualidade iniciaram a sua aplicação.

No caso da saúde, podemos considerar que existem doentes e utentes. Estes últimos, referem-se a pessoas que utilizam os serviços de saúde estando, no entanto, de boa saúde, como são os casos das consultas de planeamento familiar, as grávidas e as vacinações.

Cliente interno e cliente externo

O cliente interno é todo o profissional que se encontra colocado na sequência do processo de produção, sendo o destinatário intermédio de um produto elaborado num posto de trabalho a montante do seu.

Esta sucessão de tarefas, onde intervêm diferentes profissionais, podem ser consideradas sub-processos.

A qualidade do trabalho efectuado anteriormente é condição determinante para a qualidade do trabalho posterior.

Deste modo, torna-se indispensável que cada serviço ou profissional adapte a sua actividade às necessidades dos outros serviços ou profissionais, que são os seus clientes internos.

S.T. Miller (1993) referia que "a qualidade dos cuidados prestados depende fortemente da forma como os membros de uma organização de saúde se relacionam entre si".

Como exemplo de clientes internos, podemos referir a relação de uma equipa de cirurgia com os serviços de radiologia, de análises clínicas e de imunohemoterapia, dos quais é uma cliente interna.

O cliente externo, ou doente, utiliza o produto ou serviço final.

Profissional / Cliente

Considerar os profissionais como clientes (internos) constitui um aspecto importante da melhoria da qualidade, pelas possibilidades de produzir uma mudança radical na forma de trabalhar.

A forma de organização tradicional, assente em concepções burocráticas e, conseqüentemente, numa prestação de cuidados de saúde compartimentada entre os departamentos e as profissões, tem de ser profundamente alterada.

Como tal, impõe-se que todos os profissionais partilhem uma visão relacionada com a qualidade e possuam uma clara compreensão das tarefas e objectivos que se colocam à organização, de modo a trabalhar empenhadamente na sua concretização.

Um programa de qualidade só poderá ter êxito, se o trabalho de cada profissional contribuir para o resultado final.

VI

INDICADORES

Num programa de qualidade na saúde, os indicadores possuem uma importância fundamental.

Os indicadores têm como objectivo apoiar as organizações nas suas actividades de melhoria e permitir-lhes utilizar os dados comparativos ligados aos indicadores.

Para isso, há que estabelecer dados comparáveis que permitam análises comparativas, estando cada indicador ligado a uma norma e a uma dimensão da qualidade.

No entanto, os indicadores requerem uma avaliação prévia e posterior à sua aplicação, para procurar respeitar, com maior rigor, critérios práticos e científicos.

Os indicadores devem expressar uma informação em termos de um acontecimento, distinguindo-se entre si, pelo tipo de acontecimento que medem.

Um indicador é um instrumento de medida, que serve de guia para controlar, avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes nos serviços clínicos, a acção dos serviços de apoio e as funções organizacionais.

Os indicadores devem medir o seu objecto (validade), devem fornecer a mesma resposta, apesar da sua utilização por diferentes pessoas em circunstâncias semelhantes (fiabilidade), e devem ser capazes de medir a mudança (sensibilidade).

Por exemplo, os indicadores de desempenho são instrumentos para medição dos aspectos da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Este tipo de indicadores, não constituem simples entidades técnicas, mas possuem elementos programáticos ou normativos, os quais traduzem ideias e conceitos que definem a missão da actividade.

No essencial, importa garantir que os indicadores sejam mensuráveis, interpretáveis e vantajosos para a acção.

A tarefa de seleccionar os indicadores mais adequados para cada serviço, exige um importante trabalho de equipa e grande rigor e realismo.

No processo de elaboração e definição de indicadores, é fundamental ligar um conceito a uma observação.

A criação de um sistema de indicadores tem a vantagem de fornecer um conjunto de dados periódicos, válidos e fiáveis, que podem servir de análise, com 2 dimensões essenciais: as variações no tempo e as variações de um local para outro.

Mas, para garantir uma adequada identificação de problemas e das fontes de dados, torna-se indispensável proceder à notificação dos acidentes ou problemas que se produzem, à análise de rastreio de dados sobre a assistência ao doente e à revisão detalhada dos dados sobre a assistência para detectar os problemas menos evidentes.

Para a utilização dos dados obtidos dos doentes, há que ter em conta os seguintes princípios: comparar os perfis da prática real com os critérios definidos e acordados, centralização em problemas bem definidos e dar preferência a dados objectivos quantificáveis.

A fonte de dados disponíveis mais comuns, são os dados das consultas, as prescrições de medicamentos, os pedidos de exames complementares de diagnóstico, as histórias clínicas e os registos de acidentes.

No desenvolvimento do complexo trabalho de elaboração e definição de indicadores, organizações de vários países têm estabelecido diversos parâmetros, com vista aos processos de acreditação dos estabelecimentos de saúde.

A A.H.R.Q. (Agency for Healthcare Research and Quality), criada em 1989, que faz parte do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos E.U.A., elaborou uma lista de indicadores, de que daremos os seguintes exemplos:

– **Indicador:** mortalidade intra-hospitalar, após procedimentos electivos correntes:

- *Relação com a qualidade:* todas as cirurgias comportam riscos. No entanto, a mortalidade a seguir a procedimentos electivos comuns em casos não complicados pode ocorrer raramente.

Comparando as taxas de mortalidade entre as instituições e observando as tendências nestas taxas de mortalidade, torna possível ter como alvo áreas que requerem uma análise mais cuidadosa acerca dos esforços de melhoria da qualidade.

- *Medida da qualidade:* número de mortes por 100 doentes, que foram submetidos a procedimentos electivos comuns.

– **Indicador:** complicações obstétricas.

- *Relação com a qualidade:* as complicações obstétricas contribuem para a morbilidade e mortalidade materna, fetal e neonatal.

Exemplos:

- grau invulgar de laceração.
- Hemorragia.
- complicações pulmonares, cardíacas, do sistema nervoso central e anestésicas.
- Shock obstétrico.
- falência renal.
- infecção puerperal.
- embolia gasosa.
- deiscência das suturas da cesariana ou perineais.
- abscesso mamário.
- *Medida da qualidade:* número de complicações por 100 partos.

– **Indicador:** infecção da incisão.

- *Relação com a qualidade:* as feridas cirúrgicas e traumáticas são frequentemente contaminadas com bactérias. No entanto, uma rigorosa técnica cirúrgica asséptica e uma adequada terapêutica antibiótica podem minimizar a incidência destas situações.
- *Medida da qualidade:* número de infecções das incisões por 100 altas.

– **Indicador:** Complicações iatrogênicas e efeitos adversos.

- *Relação com a qualidade:* Este indicador combina uma larga variedade de condições e procedimentos, que denotam um potencial sub-padronização dos cuidados e resultados “pobres”.
- *Medida da qualidade:* número de complicações por 100 altas.

– **Indicador:** Compromisso pulmonar após uma grande cirurgia.

- *Relação com a qualidade:* Embora, os doentes que recebem uma anestesia geral possuam risco de complicações pulmonares subsequentes, meticolosos cuidados pós-operatórios podem prevenir muitas destas ocorrências.

Exemplos:

- congestão pulmonar.
- edema pulmonar.
- insuficiência respiratória.
- *Medida da qualidade:* número de complicações por 100 procedimentos.

– **Indicador:** Enfarte agudo do miocárdio após uma grande cirurgia.

- *Relação com a qualidade:* Este indicador identifica diagnósticos ou procedimentos, que sugerem uma possível complicação resultante do tratamento no hospital.

- *Medida da qualidade:* número de complicações por 100 procedimentos.

– **Indicador:** Hemorragia gastrointestinal ou ulceração após uma grande cirurgia.

- *Relação com a qualidade:* a irritação na parede do estômago ou do duodeno pode ocorrer nos pacientes cirúrgicos como resultado da medicação, secreção excessiva de ácido gástrico ou de outros factores. Esta situação pode ser prevenida através de terapêutica profiláctica.
- *Medida da qualidade:* número de complicações por 100 procedimentos.

– **Indicador:** trombose venosa ou embolia pulmonar após uma grande cirurgia / procedimento vascular invasivo.

- *Relação com a qualidade:* Doentes pós-operatórios têm um risco particular devido normalmente à imobilização e à medicação. Um acompanhamento pós-operatório meticoloso poderá prevenir muitas destas ocorrências.
- *Medida da qualidade:* número de complicações por 100 procedimentos.

– **Indicador:** Complicações devidas a dispositivos, implantes ou enxertos (excluindo os transplantes de órgãos)

- *Relação com a qualidade:* este indicador combina uma ampla variedade de situações devidas a complicações que incluem infecções e reacções adversas.
- *Medida de qualidade:* número de complicações por 100 procedimentos.

- **Indicador:** Infecção do tracto urinário após uma grande cirurgia.
 - *Relação com a qualidade:* a anestesia e a algiação podem provocar consequentes infecções do tracto urinário. Meticulosos cuidados pós-operatórios podem prevenir grande parte destas ocorrências.
 - *Medida de qualidade:* número de complicações por 100 procedimentos.

- **Indicador:** Pneumonia após uma grande cirurgia / procedimento vascular invasivo.
 - *Relação com a qualidade:* Doentes cirúrgicos têm um risco particular pós-operatório de pneumonia devido à imobilização, tratamento inadequado de atelectasias ou contaminação através da aspiração.
 - *Medida da qualidade:* número de complicações por 100 procedimentos.

- **Indicador:** Histerectomia
 - *Relação com a qualidade:* Têm sido demonstradas múltiplas situações de histerectomias inadequadas. A taxa de histerectomias inadequadas deve ser reduzida.
 - *Medida de qualidade:* número de histerectomias por 100 mulheres, entre 18 e 64 anos de idade, que tiveram alta.

- **Indicador:** Prostatectomia transuretral.
 - *Relação com a qualidade:* A prostatectomia transuretral é recomendada somente para homens com sintomas bastante marcados, como retenção urinária, hemodialisados e infecções do tracto urinário.
 - *Medida de qualidade:* número de prostatectomias transuretrais por 100 homens adultos que tiveram alta.

- **Indicador:** prostatectomia radical.
 - *Relação com a qualidade:* Não existe evidência que a prostatectomia radical obtenha melhores resultados que terapêuticas menos invasivas.
 - *Medida de qualidade:* número de prostatectomias radicais por 100 adultos que tiveram alta.

- **Indicador:** colecistectomia laparoscópica
 - *Relação com a qualidade:* A colecistectomia laparoscópica tem uma mais baixa morbidade e mortalidade.
 - *Medida da qualidade:* número de colecistectomias laparoscópicas por 100 colecistectomias

MEDICINA GERAL

- **Indicador:** Baixo peso à nascença.
 - *Relação com a qualidade:* o papel de factores maternos influencia o baixo peso dos recém-nascidos. A alteração de alguns hábitos das grávidas, como não fumar durante a gravidez, deve constituir uma preocupação da medicina geral.
 - *Medida da qualidade:* número de nascimentos com menos de 2.500g por 100 recém-nascidos.

- **Indicador:** imunização preventiva dos idosos para problemas respiratórios como a pneumonia.
 - *Relação com a qualidade:* As complicações respiratórias nos idosos constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade.
 - *Medida da qualidade:* número de imunizações por 100 idosos.

– **Indicador:** Doença cardiovascular entre adultos não idosos (< 65 anos).

- *Relação com a qualidade:* as doenças cardiovasculares constituem a causa principal de morbidade, de incapacidade e de morte. Torna-se necessário intervir no controle da hipertensão arterial, na redução da hipercolesterolemia e nos hábitos tabágicos.
- *Medida da qualidade:* número de casos de doença cardiovascular por 100 adultos não idosos.

– **Indicador:** Complicações da diabetes.

- *Relação com a qualidade:* estas complicações ocorrem em doentes que não aderem ao esquema terapêutico por falta, possivelmente, de educação acerca do controle da diabetes, ou por falta de vigilância médica adequada.
- *Medida da qualidade:* número de diabéticos com complicações por 100 diabéticos.

– **Indicador:** Perfuração do apêndice.

- *Relação com a qualidade:* esta situação pode ser evitada através de um diagnóstico em tempo útil
- *Medida da qualidade:* número de perfurações do apêndice por 100 apendicites.

O Conselho Canadano de Acreditação dos Serviços de Saúde (CCHSA) possui um quadro de indicadores, inserido num programa de acreditação chamado MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation).

Alguns exemplos destes indicadores:

– **Indicadores gerais**

- incidentes medicamentosos.
- taxa de mortalidade perioperatória.

- taxa de infecções nosocomiais.
- taxa de complicações.
- prevalência de enterococcus resistentes à vancomicina.
- satisfação do cliente (doente).
- reacções medicamentosas indesejáveis.
- incidentes ligados ao cliente (doente).
- taxa de mortes de doentes hospitalizados, necessitando de uma avaliação inter-pares.
- taxa de readmissões/reinternamentos.

– **Serviço de Urgência**

- tempo de espera para ser observado por um médico.
- Duração média da permanência no serviço de urgência, a partir do momento em que é decidido o internamento até à sua transferência para a unidade respectiva.
- Satisfação do doente.
- Acontecimentos indesejáveis após a alta.

– **Obstetrícia e cuidados perinatais**

- taxa de mães que amamentam.
- taxas de mortes inesperadas, necessitando de uma avaliação inter-pares.
- incidentes medicamentosos.
- reclamações dos utentes.
- taxa de readmissões inesperadas.

- **Oncologia**

- incidentes medicamentosos.
- taxa de infecções nosocomiais.
- taxa de complicações.
- taxa de sobrevida sem recidivas.
- disponibilidade de dados com fins diagnósticos e da classificação por estadio.
- reacções medicamentosas indesejáveis.
- satisfação do doente.
- listas de espera (admissão para tratamento, testes diagnósticos, cuidados e serviços de acompanhamento).

- **Cuidados e serviços de saúde mental**

- satisfação do doente.
- demora entre a recomendação ou a admissão e a avaliação inicial.
- listas de espera (admissão para tratamento, testes diagnósticos, cuidados e serviços de acompanhamento).
- alterações no estado de saúde referidas pelo doente.
- demora média das listas de espera.
- taxa de ocupação.
- incidentes ligados ao doente.
- duração média de resolução de uma reclamação.

- **Indicadores ligados aos serviços de apoio**

- taxa de acidentes e de incidentes ligados a matérias perigosas.
- taxa de infecções nosocomiais.
- taxa de bactérias resistentes aos antibióticos.
- satisfação do doente relativa ao meio.
- membros do pessoal que receberam formação em higiene e segurança e em planificação das medidas de urgência em caso de catástrofe.

- **Gestão dos recursos humanos**

- percentagens de médicos com as adequadas qualificações.
- incidentes de segurança com o pessoal.
- solicitações pelo pessoal à comissão de higiene e segurança.
- percentagem de membros do pessoal com as adequadas habilitações.

- **Gestão da informação**

- exactidão da codificação.
- percentagem de dossiers clínicos incompletos.
- percentagem de dossiers clínicos não conformes.
- utilização dos serviços.
- satisfação do doente.

Em 1998 o **Governo britânico** estabeleceu a adopção de indicadores de desempenho para grupos de médicos de família, com o objectivo de monitorizar o acesso e a eficiência.

Alguns dos indicadores estabelecidos:

- taxas de bypass das coronárias, de angioplastias e de próteses da anca e do joelho.
- planeamento familiar (taxa de gravidez em idade inferior a 16 anos).
- percentagem da população feminina objecto de rastreio de cancro da mama e do colo do útero.
- percentagem da população vacinada.
- taxas de internamento padronizado, segundo a idade e o sexo, para infecções de ouvidos, nariz e garganta, rim, tracto urinário e para insuficiência cardíaca.
- taxa de internamento padronizado, segundo a idade e o sexo, para asma, diabetes e epilepsia.
- volume de prescrição de benzodiazepinas e a relação dos antidepressivos para as benzodiazepinas.
- percentagem de prescrição de genéricos.
- taxas de notificação para a tosse convulsa e o sarampo.
- internamentos hospitalares para pessoas com idades superiores a 75 anos.
- taxa de reinternamentos psiquiátricos urgentes.

A nível geral, em diversas abordagens relativas ao tema dos indicadores, são referidos outros aspectos como:

- existência, ou não, de um programa de controle de qualidade.
- revisão e actualização habitual, ou não, dos padrões técnicos.
- aplicação habitual, ou não, de métodos de comparação entre os desempenhos e os padrões.

- proporção de casos, em que todos os medicamentos prescritos estavam disponíveis.
- taxa de abandono das consultas e dos tratamentos prescritos.
- existência, ou não, de padrões nacionais para as qualificações profissionais dos recursos humanos da saúde, incluindo mecanismos de fiscalização.
- existência, ou não, de exactidão e de exaustividade das histórias clínicas.
- números de enfermeiros por médico.
- número de médicos por cama do hospital.
- número de enfermeiros por cama do hospital.
- duração média dos internamentos.
- taxa de ocupação das camas do hospital.
- percentagem de internamentos com uma duração inadequada.
- número de reinternamentos precoces (considerado como um indicador válido de baixa qualidade dos cuidados).
- percentagem de casos não urgentes, que utilizam o serviço de urgência.

Apesar da existência de um número considerável de indicadores susceptíveis de utilização, importa ter bem presente a necessidade de garantir uma discussão alargada e um efectivo trabalho de equipa na sua adequada selecção e definição.

VII

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE

A implementação de um programa de melhoria da qualidade deve ter em conta 3 princípios metodológicos:

- A actividade pode ser descrita sob a forma de um processo.
- O processo é analisado no seu actual estado de funcionamento, de modo a permitir a identificação das disfunções e a definir as acções de melhoria.
- A eficácia da melhoria tem de ser efectivada através de aspectos mensuráveis.

A produção de um estabelecimento de saúde é constituída por um conjunto complexo de tarefas, que podem ser agrupadas em processos relacionados com os objectivos a atingir.

É a abordagem por processos que caracteriza a via de melhoria da qualidade.

O estudo do processo tem de implicar todos os estratos profissionais com ele relacionados.

Esta situação, conduz, obrigatoriamente, a uma abordagem transversal da organização.

Somente os intervenientes directos no processo, estão em condições de identificar as disfunções e as suas causas.

Importa ter presente, que o envolvimento dos profissionais nesta análise favorece uma maior aceitabilidade das soluções preconizadas.

Grande parte das mudanças concretizadas, depende intimamente da qualidade do diagnóstico inicial, efectuado pelos intervenientes no processo, e da pertinência das acções visando a melhoria do funcionamento.

Quanto à medição da melhoria da qualidade, que tem de constituir uma preocupação constante, é fundamental que se baseie em factos e não em opiniões.

Certos dados têm de estar organizados em indicadores, permitindo, deste modo, conhecer o nível da qualidade inicial do processo, fixar objectivos quantificados, verificar se eles são atingidos, medir a eficácia das soluções implementadas e de seguir, no tempo, a manutenção dos resultados obtidos.

Todas as medidas, que não sejam objecto de comparação com outras, não dispõem de credibilidade e têm uma importância muito relativa.

Outro importante aspecto a ter em conta, é que uma medição para possuir uma adequada utilidade e valor tem de ser realizada segundo o mesmo método de medição anterior, com a qual se pretende comparar (ex^o: estudo aleatório de x processos clínicos por semana).

ELEMENTOS ESSENCIAIS

Um programa de melhoria da qualidade necessita de incluir, entre outros, os seguintes elementos essenciais à sua concretização:

- Existência de um compromisso dos profissionais em efectuar um empenhado esforço para a identificação e correcção das deficiências.
Este compromisso constitui um requisito básico para qualquer programa que pretende atingir os seus objectivos.
- Constituição de uma comissão que proceda à recolha de informação e de dados, à compilação de bibliografia e à preparação de relatórios.
- Histórias clínicas ordenadas, legíveis e completas.
As histórias clínicas constituem, provavelmente, a principal fonte de informação para as actividades da qualidade.

- Adopção de medidas que permitam alcançar um acordo sobre a forma de melhorar todo o sistema de registo de dados.
- Calendarização da implementação.

FACTORES DE ÊXITO

Os factores de êxito, em torno dos quais devem ser desenvolvidos esforços para garantir a concretização dos objectivos definidos, podem ser agrupados em 3 grandes áreas de intervenção: início do projecto, integração do projecto no contexto organizacional e condução do projecto.

- Início do projecto

- O nível de envolvimento do estabelecimento de saúde é muito importante.
- O projecto deve estar inserido na estratégia geral do estabelecimento de saúde e possuir um claro compromisso de apoio dos órgãos de gestão.
- Uma participação pluriprofissional.
- Garantir uma mobilização de meios adequados à sua realização.
- Possuir objectivos bem precisos, que deverão ser realizáveis, quantificáveis, definidos no tempo e colectivamente assumidos.
- Existir um responsável do projecto, reconhecido no seio do estabelecimento de saúde pelas suas competências técnicas.

- Integração no contexto organizacional

- Ter em conta a experiência anterior de funcionamento.
- O projecto deve ser transversal, ou seja, aumentar a sua visibilidade no seio do estabelecimento de saúde e favorecer a ligação entre os vários serviços.

- As estruturas existentes no hospital, como a Comissão de Farmácia e a Comissão da Infecção, devem estar associadas a todos os projectos que, directa ou indirectamente, estejam relacionados com a sua actividade.

- **Condução do projecto**

- Associação de todos os intervenientes ligados ao projecto.
- Implementação da gestão do projecto.
- A definição das modalidades de acompanhamento.
- A existência de indicadores de acompanhamento.

AS ETAPAS DO PROJECTO

Cada etapa do desenvolvimento do projecto tem de respeitar objectivos precisos e a sequência das etapas tem de ser assegurada.

De igual modo, a metodologia deve estar bem adaptada ao projecto e ao próprio estabelecimento de saúde em causa.

A Agência Nacional de Acreditação e de Avaliação em Saúde (A.N.A.E.S.), em França, define a existência das 4 etapas seguintes:

- **Identificação do processo**

- Os seus objectivos fundamentais são a identificação do processo global e dos seus principais componentes e o reconhecimento dos intervenientes e do seu papel.
- É uma etapa fundamental, dado que permite identificar claramente os objectivos a atingir e planificar os recursos necessários à realização do projecto.
- O projecto deve ser aprovado pela direcção do estabelecimento de saúde, que assegurará uma informação objectiva sobre os critérios da sua decisão.

- O projecto deve estar integrado no projecto global do estabelecimento de saúde.
- Deve ser definido o responsável do projecto.
- Os limites do processo devem estar determinados, bem como os prazos para a sua implementação.
- Todos os intervenientes no processo devem estar identificados, de modo a serem envolvidos na sua concretização.
- Devem estar assinalados os pontos "fracos" e "fortes" do projecto, com a preocupação fundamental de garantir os factores de êxito.
- No final desta etapa, os objectivos do projecto têm de ser precisos, os prazos fixados e o grupo do projecto tem de estar constituído.

- **Descrição do projecto**

- Os seus objectivos fundamentais são a análise crítica e detalhada do processo escolhido e a pesquisa das causas das disfunções.
- Nesta etapa, devem ser elaborados esquemas que representem a situação actual do processo, de modo a permitir verificar as potenciais disfunções e os pontos centrais da qualidade do processo.
- O êxito do projecto depende da qualidade desta etapa.
- A descrição do processo pode ser representada através de diagramas de fluxos.
- A identificação das disfunções e dos mecanismos que estão na sua origem, podem ser representados através de diagramas de Pareto e de histogramas.

Neste tipo de representação, é possível verificar a importância relativa dos diferentes aspectos.

- Construção do novo processo

- Os seus objectivos fundamentais, são a definição de critérios que contribuam para a qualidade dos componentes do processo e a escolha dos "eixos" da melhoria.
- É o conjunto do grupo de trabalho, que é responsável por definir as soluções para as disfunções reconhecidas como prioritárias.
- No âmbito desta etapa, serão adoptadas diversas acções, como acções de formação, implementação de novas fórmulas organizativas, a aquisição de novos materiais e a elaboração de protocolos e de procedimentos escritos para certas etapas fundamentais do processo.

- Melhoria do processo

- Os seus objectivos fundamentais são a condução das acções tendentes à melhoria, o acompanhamento das acções e a avaliação do projecto.
- As acções de melhoria implicam a manutenção da motivação dos diferentes intervenientes, responsabilidades claramente definidas, prazos precisos e indicadores de acompanhamento.
- Devem coexistir indicadores de resultados e indicadores intermédios.
- O acompanhamento pode incluir auditorias de qualidade e a resposta às necessidades dos clientes internos.

O Ministério Federal da Saúde do Canadá, numa das suas publicações, define as seguintes 4 etapas:

- Edificação de uma tomada de consciência

- Adquirir uma compreensão dos princípios da melhoria contínua da qualidade.
- Determinar as forças de apoio.
- Determinar as possibilidades de melhoria.

- A planificação

- Elaboração de um plano geral de melhoria contínua da qualidade. O plano estabelece os objectivos, define as medidas fundamentais da qualidade e determina as intervenções necessárias.
- Estabelecimento de estruturas para apoiar o plano. A criação de um conselho / comissão da qualidade, constitui uma medida fundamental. Em alguns estabelecimentos de saúde, o conselho / comissão da qualidade possui representantes sindicais e um representante dos clientes.
- Desenvolvimento dos sistemas de comunicação e informação.
- Formação específica nas questões da qualidade.

- Desenvolvimento

- Logo que as equipas começam a produzir mudanças, a organização deve divulgar e dar ênfase aos resultados. Os programas de recompensa e de reconhecimento devem harmonizar-se com a visão de melhoria contínua da qualidade da organização.
- A organização compara os seus resultados com os de outras organizações.
- A organização descreve e documenta os processos-chave para a sua missão e nomeia as pessoas responsáveis de cada processo.
- Participação do cliente.

- A integração total

- Os clientes participam, desde o início, nos novos processos.
- A gestão participativa é alargada e os valores ligados à qualidade fazem parte da gestão quotidiana.

- O programa da qualidade é avaliado e modificado para realizar as estratégias a longo prazo.
- O progresso da melhoria contínua da qualidade é avaliado e determina uma melhoria no rendimento de todo o sistema de prestação de cuidados de saúde.

ASPECTOS ORGANIZATIVOS DO PROJECTO

Sendo certo, que não é possível estabelecer "receitas" organizativas, devido às especificidades de cada estabelecimento e às diferenças de contexto em que cada projecto se desenvolve, existem alguns aspectos gerais que importa ter em conta:

- Um projecto deve possuir uma "d direcção" que inclua o responsável directo do projecto, a equipa do projecto e algumas estruturas consultivas do próprio estabelecimento de saúde (ex^o Comissão de Farmácia).
- A comunicação assume enorme importância, devido ao seu papel de mobilização das pessoas, na recolha de dados e na passagem da mensagem.
- No caso de existirem, no mesmo estabelecimento, vários projectos diferentes, é necessário estudar e salvaguardar as potenciais interferências.
- A comissão da qualidade deve cumprir alguns importantes objectivos, nomeadamente o estabelecimento de um método de actuação, medidas de formação contínua, implementação de sistemas e circuitos de informação, estabelecimento de mecanismos de revisão para detectar os problemas, avaliação dos problemas detectados e o retorno da informação (feedback).
- Um dos elementos da comissão, pelo menos, deve possuir conhecimentos das técnicas de estatística e deve existir a preocupação de alargar estes conhecimentos a outros elementos.
- Quando se tratam de unidades de saúde com um número mais reduzido de profissionais, a coordenação do projecto pode ser assegurada por uma única pessoa.

CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DOS CUIDADOS AMBULATORÍOS

Os cuidados ambulatorios constituem uma designação genérica, adoptada na bibliografia, que inclui a medicina familiar e a actividade em consultórios privados.

Embora a grande maioria dos programas de garantia da qualidade sejam desenvolvidos em estabelecimentos hospitalares, tem vindo a aumentar o número de aplicações a nível ambulatorio.

Os cuidados primários constituem a "porta" de entrada no sistema de saúde e, como tal, o primeiro contacto do doente.

É a nível dos cuidados primários que se produzem contactos mais frequentes e onde é mantida uma relação continuada e personalizada.

Ao contrário do que acontece nos hospitais, o doente tem um papel activo, e muitas vezes decisivo, no seu tratamento.

As características particulares deste nível de prestação de cuidados de saúde, tornam mais difíceis as avaliações da qualidade do desempenho, conferem maior peso ao isolamento do trabalho dos profissionais e colocam dificuldades acrescidas de comunicação e informação.

Alguns autores, atribuem aos cuidados de saúde ambulatorios 4 importantes tarefas:

- Solução de problemas

- implica uma valorização da consulta.
- adequada "entrevista" clínica, com diagnóstico e terapêutica correctos.

- Detecção precoce de casos

- Consiste na detecção de situações latentes, nas quais uma intervenção precoce pode conduzir a bons resultados.

- Assistência preventiva

- Inclui tanto a educação sobre os factores de risco que mais podem afectar o doente, como o tratamento preventivo.

- Controle das doenças crónicas

- Implica o acompanhamento dos doentes que reúnam certas características, prevenindo as complicações, de modo que uma rápida intervenção possa melhorar os resultados.
- Devem também ser vigiados os efeitos adversos da terapêutica, de modo que esta seja modificada quando necessário.

Outros aspectos característicos dos cuidados ambulatoriais são:

- Carência de registos comuns para todos os profissionais.
- A gestão e os sistemas de dados estão pouco desenvolvidos.
- As fontes de assistência estão dispersas no espaço e no tempo.
- Alta incidência de doenças agudas e de curso autolimitado.
- Alta prevalência de doenças crónicas.
- Alta prevalência de componentes psicossociais.
- Alta prevalência de pessoas com boa saúde.
- Estado precoce de doenças graves.

As consequências destes aspectos para a garantia da qualidade são as seguintes:

- As falhas sistemáticas são comuns e difíceis de documentar.
- Colocam-se problemas metodológicos para a realização das avaliações.

- O feedback é difícil de organizar.
- As medidas de resultados são difíceis de especificar.
- Tem especial importância a competência e aptidão profissional para as relações interpessoais.
- Não é fácil dispor de padrões de resultados para fazer comparações.
- Carência de uma unidade de assistência claramente definida para se proceder à avaliação.
- O processo assistencial é difícil de especificar.

VIII

AVALIAÇÃO

A generalidade dos aspectos relativos à avaliação foram abordados no Capítulo do Planeamento da Saúde.

No entanto, existem aspectos específicos da avaliação de um programa de garantia da qualidade, que importa referir.

Estrutura, processos e resultados

As abordagens clássicas da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde foram desenvolvidas, nos últimos decénios, por Arvedis Donabedian.

Estas abordagens incidem nas seguintes questões:

- Análise das características do meio onde os cuidados são prestados (estrutura). Trata-se de uma avaliação indirecta dos cuidados de saúde. Nesta análise, assumem particular importância as carreiras profissionais e os respectivos títulos de diferenciação, as normas relativas ao equipamento e as políticas organizativas.
- Análise dos efeitos dos cuidados sobre a saúde e o bem-estar de cada indivíduo ou das populações (resultados).

Análise comparativa

É um processo permanente de medida e de análise para comparar as práticas, os processos e os métodos internos com os de outras organizações (Crawford, 1998).

Nesse sentido, é um processo sistemático para determinar as melhores práticas e é constituído por medidas estatísticas.

Tipos de avaliação

- Avaliação interna

Trata-se de uma avaliação, em que os prestadores dos cuidados de saúde estão implicados na elaboração dos critérios, na fixação dos padrões e na realização da avaliação.

Sendo uma auto-avaliação, o seu valor está dependente do grau de envolvimento e de compromisso dos profissionais com o processo de avaliação e da sua disposição para alterar os procedimentos que se revelem inadequados.

Um exemplo deste tipo de avaliação é a revisão inter-pares (peer review).

- Avaliação externa

Trata-se de uma avaliação, em que a elaboração dos critérios, a fixação dos objectivos e a realização da avaliação são efectuados por elementos diferentes dos que vão ser objecto de avaliação.

Neste caso, sendo os avaliadores estranhos ao serviço ou estabelecimento de saúde que é avaliado, pode existir a vantagem de produzir resultados mais imparciais sobre as actividades que são avaliadas.

Simultaneamente, sendo uma avaliação fora do contexto organizacional pode conduzir à fixação de padrões irrealistas.

Relação temporal da avaliação

- Avaliação retrospectiva

É efectuada posteriormente à prestação dos cuidados.

Os resultados desta avaliação têm a sua validade circunscrita a futuros utilizadores, com características sócio-demográficas semelhantes;

sofrendo dos mesmos problemas de saúde e aplicados em serviços de saúde equivalentes.

- Avaliação prospectiva

Consiste na elaboração de um quadro de procedimentos suficientemente testados, que aplicados aos utilizadores apropriados produzem um conjunto de resultados, cuja variação se situa dentro dos limites esperados (ex^os. Plano Nacional de Vacinação e a fixação de critérios explícitos para o internamento hospitalar).

- Avaliação concorrente

É efectuada durante o acto da sua realização.

Um exemplo, é a técnica da revisão inter-pares, em que à medida que os cuidados são prestados, é efectuada a avaliação e introduzidas as correcções.

Outro exemplo, é a técnica da supervisão com critério explícitos, em que um observador externo, à medida que efectua a avaliação, vai propondo as correcções dos cuidados que são prestados.

Critérios

Existem 2 tipos de critérios: implícitos e explícitos.

Os critérios explícitos podem ser ainda: empíricos ou normativos.

- Critérios implícitos

São aqueles, que um profissional de reconhecida competência e prestígio aplicaria na sua prática profissional e nas avaliações que fosse solicitado a fazer sobre o desempenho dos seus pares.

Este tipo de critérios, tem as desvantagens de o mesmo avaliador qualificar de maneira diferente os mesmos casos, em diferentes ocasiões, e de diferentes avaliadores avaliarem de maneira diferente os mesmos casos.

- Critérios explícitos

São elaborados tendo em conta situações concretas e tanto o seu enunciado como o seu padrão são documentados.

Este tipo de critérios não cobre, contudo, todas as características do processo de prestação de cuidados de todos os casos.

Os critérios normativos fixam o que se deve fazer, como e por quem, sendo os mais utilizados nos programas de avaliação da qualidade.

Os critérios empíricos são os que decorrem da prática corrente da prestação de cuidados, razão pela qual têm a desvantagem de tenderem a fixar-se num determinado padrão de qualidade.

Desenvolvem-se mediante a recolha de dados sobre os cuidados já prestados.

- Atributos dos critérios

Importa referir, que um critério constitui um instrumento de medida, havendo, por isso, a necessidade de ser válido, fiável e sensível.

Apesar de critérios e indicadores possuírem conceitos distintos, andam, com muita frequência, associados.

Algumas matérias gerais a avaliar

No âmbito do processo global da avaliação, existem aspectos que necessitam de uma adequada abordagem, dadas as suas implicações para o êxito total do programa de melhoria da qualidade.

- Os objectivos

- determinar as técnicas de cuidados prestados aos doentes que produzam melhores resultados.
- determinar as possibilidades de os prestadores melhorarem os cuidados dispensados aos doentes.

- O âmbito

Planificação das avaliações

- a eficácia do processo de planificação da melhoria contínua da qualidade.
- o êxito do plano de implementação.

Avaliação de base

- a pertinência da estrutura organizacional.
- a receptividade da cultura organizacional.
- sondagem à comunidade servida para determinar as necessidades e os problemas.
- sondagem aos doentes para determinar as necessidades e os problemas.
- sondagem de satisfação após a alta.

Avaliação da clientela

- satisfação dos clientes internos e externos.

Avaliação do pessoal

- a tomada de consciência dos médicos e do pessoal em geral, em matéria de qualidade.
- grau de compreensão do emprego de instrumentos ou técnicas estatísticas.
- a eficácia das equipas de projecto.

Avaliação das equipas de projecto

- o êxito da aplicação da análise estatística aos processos de trabalho.

Mudanças a longo prazo

- acompanhamento, a longo prazo, das mudanças (exº: caso da duração média do internamento).
- a eficácia financeira, a longo prazo.
- comparação dos pontos de referência.

Princípios para uma melhor utilização das medidas de avaliação

- Limitar o número de medidas.
- Seleccionar as medidas que são importantes.
- Facilitar a recolha de dados.
- As medidas servem para a apresentação de cálculos ou para a pesquisa, simultaneamente com a melhoria da qualidade.
- Construir medidas iniciais, antes de implementar qualquer mudança.
- Fornecer a formação, os instrumentos e os exemplos aos profissionais que não estão familiarizados com os dados e este tipo de medidas.

Dimensões da avaliação do doente

- **Eficácia** do procedimento ou tratamento em relação ao estado do doente. É o grau segundo o qual os cuidados ou as intervenções atingem os resultados desejados ou previstos.
- **Pertinência** do teste, do procedimento ou do serviço para responder às necessidades do doente. É o grau de pertinência dos cuidados ou das intervenções para as necessidades clínicas do doente, no estado actual dos conhecimentos.
- **Disponibilidade** do teste, do procedimento, do tratamento ou do serviço necessário ao doente. É o nível segundo o qual os cuidados ou intervenções adequadas são efectuadas, logo que o doente tem necessidade.

- **Carácter oportuno** do teste, do procedimento, do tratamento ou do serviço requerido pelo doente. É o nível segundo o qual os cuidados ou as intervenções adequadas são fornecidas ao doente no período mais propício, ou logo que é necessário.

- **Efeito útil** no qual os testes, os procedimentos, os tratamentos e os serviços são fornecidos. É o nível segundo o qual os cuidados ou as intervenções são fornecidos de maneira correcta, no estado actual dos conhecimentos, com o objectivo de obter os resultados desejados ou previstos para o doente.

- **Continuidade** dos serviços prestados ao doente num dado período. É o nível segundo o qual existe coordenação de cuidados ou da intervenção sobre o doente, entre profissionais e organização, num dado período.

- **Segurança** do doente, a quem os serviços são prestados. É o nível de redução do risco de uma intervenção e do risco no meio ambiente da prestação dos cuidados.

- **Eficácia** com a qual os serviços são prestados. É a relação entre os resultados e os recursos utilizados para dispensar os cuidados ou realizar as intervenções.

- **Atenção e sensibilidade** com as quais os serviços são prestados.

A "Bússola" de valor clínico

Trata-se de uma designação, que alguns autores utilizam por analogia com os 4 pontos cardeais.

Os "4 pontos cardeais" são os seguintes:

- Os resultados clínicos.
- O estado funcional, o estado de risco e o bem-estar.
- A satisfação dos cuidados de saúde e o benefício sentido.
- Os custos.

Os resultados clínicos referem-se à mortalidade e à morbilidade.

Na morbilidade colocam-se aspectos como os sinais, os sintomas, as complicações após uma terapêutica, e os resultados de exames diagnósticos e laboratoriais.

O estado funcional diz respeito à função física, à saúde mental, à função social e a outras questões como a dor, a vitalidade, o bem-estar sentido e o estado de risco para a saúde.

A satisfação do doente ou da sua família, tem em conta o processo de prestação dos cuidados de saúde e a preparação do doente quanto ao benefício para a sua saúde dos cuidados recebidos, e constitui outro dos "pontos cardeais".

Quanto aos custos, importa considerar as despesas directas (os cuidados ambulatoriais, os serviços hospitalares, os medicamentos) e as despesas indirectas, de ordem social, (como é o caso dos dias de trabalho ou de actividade normal perdidos).

ETAPAS DE UMA AVALIAÇÃO

- Recolha de dados

- Tendo em conta, a escolha dos critérios, dos indicadores e das normas da avaliação, é efectuada a recolha de dados.
- Deve existir um elemento responsável pela recolha dos dados e consequente registo, de acordo com os critérios previamente definidos.
- As fontes de dados devem estar devidamente referenciadas.
- Os dados podem ser quantitativos ou qualitativos. A abordagem quantitativa significa que se recolhem e utilizam os dados sob a forma de números e se convertem os dados brutos em percentagens, médias e medianas, enquanto a abordagem qualitativa é mais detalhada e aprofundada e possibilita enriquecer e explicar os resultados quantitativos.

- A utilidade dos dados depende da validade (devem medir aquilo que pretendem medir), da fiabilidade (devem ser consistentes no tempo) e do seu carácter oportuno (devem estar disponíveis, logo que sejam necessários).

- As fontes de dados mais frequentemente utilizadas são as "notas" das altas, dados das consultas, prescrições, história clínica, informações sobre os acidentes e entrevistas / questionários aos doentes.

- Elaboração de quadros de resultados

- Os resultados dos registos de dados devem ser apresentados em quadros e gráficos, que facilitem a análise posterior.

- Análise dos resultados

- Importa ter bem presente, que o objectivo fundamental da avaliação é identificar e corrigir as deficiências na prestação de cuidados de saúde.
- A comissão da qualidade efectua uma análise detalhada de todos os critérios, dados e resultados.
- Nesta análise, há que prestar atenção a certos aspectos, como os casos que não cumprem os critérios.
- Importa detectar erros na recolha dos dados. Neste caso, esta situação não pode ser confundida com os casos que não cumprem os critérios. Estes, tratam-se de falhas na realização da própria avaliação.
- Importa detectar as fontes incompletas de dados. Um dos exemplos mais frequentes são histórias clínicas com registos incompletos ou com falhas de registo.
- Importa detectar os critérios inapropriados.

- Identificação das causas e recomendações para a adopção de medidas correctoras

- As conclusões da análise deverão ser amplamente divulgadas e em torno delas deverão efectuar-se reuniões com os profissionais, que foram objecto da avaliação. Estas conclusões deverão ser apresentadas em quadros e gráficos.
- A comissão da qualidade, nesta etapa, procurará encontrar as explicações que permitam identificar os problemas subjacentes que tenham contribuído para o incumprimento de critérios.
- A comissão da qualidade deverá elaborar um conjunto de medidas correctoras, face às conclusões da análise e das reuniões efectuadas.
- Deverá ser definido um plano de trabalho para motivar os profissionais a aplicar as medidas correctoras e para efectuar as adequadas melhorias ao programa.

- Ciclo de feedback

- O retorno da informação surge, muitas vezes, como uma forma de intervenção ou de diálogo entre avaliadores e avaliados.
- A elaboração das recomendações, quanto às medidas correctoras, pode resultar das propostas formuladas pelos próprios avaliados.
- A comissão da qualidade deve proceder a uma informação regular das suas actividades a todos os profissionais.
- A comissão da qualidade deve promover e divulgar, fora e dentro da organização, os casos de êxito na melhoria contínua da qualidade.
- Devem ser divulgadas outras experiências, para recolha de eventuais ensinamentos.

- Acompanhamento das recomendações

- É necessário proceder a um adequado acompanhamento da aplicação das medidas correctoras.

- Deve haver particular atenção quanto aos resultados destas medidas e se elas estão a atingir os objectivos necessários.
- Sempre que a aplicação das medidas correctoras se revele deficiente, há que proceder, de imediato, a uma revalorização e reavaliação dessa área.

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

R. HEATHER PALMER considera que um programa de garantia da qualidade deve observar as seguintes componentes da avaliação:

- Que dimensão da qualidade é considerada?

As dimensões da qualidade são a efectividade, a eficiência, a acessibilidade, a aceitabilidade e a competência profissional.

- Que características da assistência ao doente se estuda?

As técnicas de avaliação têm de ser adequadas aos diferentes tipos de assistência, decorrentes das várias patologias.

Necessariamente, são adoptadas diferentes técnicas de avaliação, conforme se tratem de actividades de um serviço de neurocirurgia, de psiquiatria ou de um laboratório de análises.

- Que unidade de assistência ao doente se utiliza?

São considerados 3 parâmetros, relativos aos doentes, profissionais e tempo.

A análise pode centrar-se ao nível da relação profissional/doente ou referir-se a doentes observados por um grupo de profissionais num ano ou em vários.

- Que método de identificação e de amostragem de doentes se utiliza?

É importante escolher os meios de identificação da população que será objecto de estudo.

Frequentemente, uma avaliação é dirigida a uma população seleccionada de doentes, que efectuem um tratamento concreto ou tomam um determinado medicamento.

Se a população de doentes identificados é de grande dimensão, para estudar todos os casos deve recorrer-se a uma amostra representativa, de forma que os resultados sejam significativos para toda a população.

- Que relação temporal terá a avaliação com a acção avaliada?

As avaliações podem ser retrospectivas, concorrentes e prospectivas conforme se efectuem depois, durante ou antes da prestação dos cuidados.

- Que tipos de dados se utiliza?

Podem utilizar-se dados relativos à estrutura, ao processo e aos resultados.

- Quem avalia a qualidade da assistência?

Fundamentalmente são os utentes/doentes e os profissionais.

- Como se avalia a qualidade?

Através de revisões explícitas e implícitas, podendo estas últimas ser normativas ou empíricas.

Os critérios normativos, são os mais utilizados nos programas internos de garantia da qualidade.

- De que tipos de intervenção se dispõe para corrigir as deficiências?

As medidas mais utilizadas são o "ciclo de feedback", a formação contínua, avaliação interna, avaliação externa, mudança organizacional, cooperação entre diversos departamentos, educação para a saúde do doente, sanções e incentivos.

A AUTO-AVALIAÇÃO DA COMISSÃO DA QUALIDADE

A Comissão da Qualidade, que possui uma composição multiprofissional e multidisciplinar, deve dar o exemplo de proceder à avaliação da sua própria actividade.

Deste modo, devem ser colocadas, entre outras, as seguintes questões:

- Qual foi o impacto do programa de melhoria da qualidade no conjunto da organização?
- O programa traduziu-se numa melhor prestação dos cuidados de saúde?
- Verificaram-se alguns aspectos negativos com a aplicação do programa?
- O programa deve ser modificado? Em que aspectos?
- Quais os custos do programa? São razoáveis, ou não?
- Existe uma política de formação dos profissionais nos conceitos e métodos da qualidade?
- Todos os processos de avaliação estão, à partida, devidamente estruturados, sistematizados e calendarizados?
- Existe uma política instituída de divulgação regular de documentação sobre a qualidade?

ALGUNS INSTRUMENTOS DE TRABALHO

Apesar de já terem sido referidos alguns instrumentos estatísticos e de trabalho, importa proceder a uma abordagem mais específica dos que são utilizados com maior frequência em qualidade e das suas respectivas utilidades.

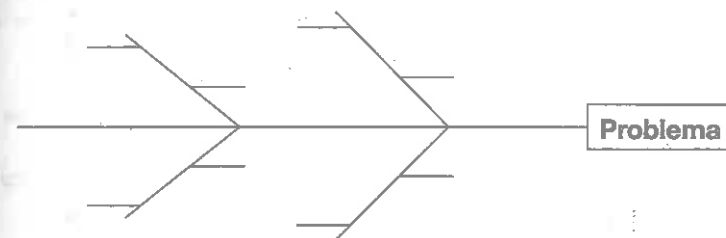
- Diagrama de causa-efeito

- Também chamado diagrama de Ishikawa ou diagrama de espinha de peixe.
- Trata-se de uma técnica de identificação e análise de problemas, examinando os factores que para eles contribuíram.
- Antes de elaborar o diagrama é necessário analisar as causas.
- À direita (cabeça do peixe) é colocada a referência ao problema ou processo em estudo.

A espinha dorsal representa o fluxo de informações, ou acções resultantes das causas, ou componentes do processo.

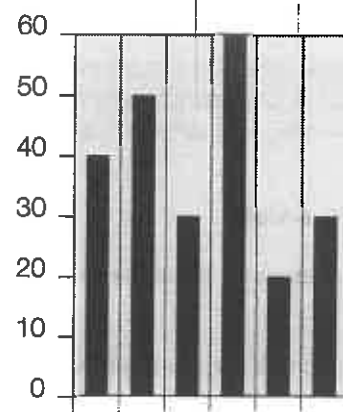
As causas são representadas por 2 grandes espinhas dorsais e 2 ventrais, a que correspondem equipamentos, métodos, materiais e potencial humano.

A cada uma dessas principais causas, estão ligadas causas secundárias, que se representam ôbliquamente em espinhas menores.



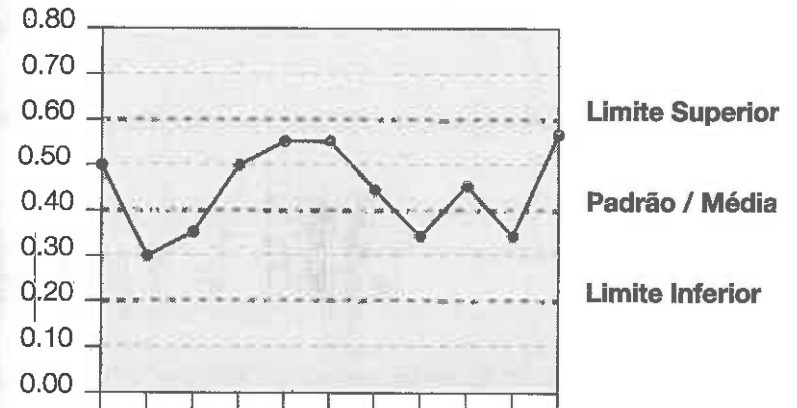
- Histograma

- É um gráfico de barras, que visa mostrar a distribuição de dados, onde cada barra representa o número de unidades.
- As barras estão colocadas lado a lado, tornando a comparação visual muito fácil.



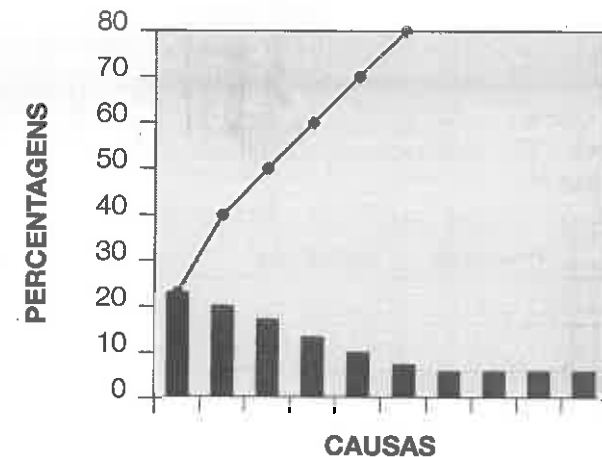
- Diagrama de controle

- É um gráfico que representa os limites aceitáveis, superior e inferior, da variação de uma dada característica do processo.
- Os limites estão representados por 2 linhas horizontais paralelas e entre elas, a igual distância, existe uma 3ª linha horizontal que representa a média ou medida padrão.
- Utiliza-se, quando se pretende determinar a variabilidade de um processo, comparando os resultados com um padrão. Pode-se adoptar este instrumento para proceder à monitorização de um processo.



- Diagrama de Pareto

- Utilizado para identificação e análise de problemas.
- Cada causa de um problema é representada por uma barra vertical.
- A barra mais alta é colocada à esquerda e as restantes são colocadas a seguir, por ordem decrescente.
- O cálculo das percentagens acumuladas é representado graficamente.

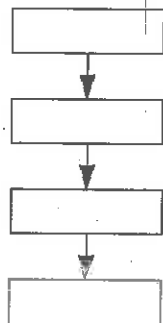


Por exemplo, verifica-se que 6 causas, em 10, são responsáveis por 80% do problema.

Deste modo, é nestas 6 causas principais que se deve focalizar a intervenção.

- Fluxograma / Diagrama de fluxos

- Constitui a representação gráfica das etapas de um processo.
- Permite identificar a trajectória actual ou desejável de um produto ou serviço e os desvios a essa trajectória.



- Matriz de Priorização

- Consiste numa técnica usada numa equipa de trabalho para estabelecer consenso acerca de uma questão.
- Os membros da equipa estabelecem consensualmente os critérios de selecção, a pontuação para as opções e as prioridades.

Problema	Frequência	Importância	Fiabilidade	Total Pontos

- Frequência - Qual a frequência com que ocorre o problema? Frequentemente? Raramente?
- Importância - Quais são os mais importantes problemas, de acordo com a opinião de cada um?
- Fiabilidade - A resolução do problema é exequível?

- Matriz de Indicadores

- Ajuda a organizar a informação recolhida

O que se mede?	Descrição do indicador	Fórmula	Fonte do numerador	Fonte do denominador	Padrão de qualidade

- Matriz do Programa

- Utiliza-se para programar como alcançar um objectivo através de actividades específicas.
- Traduz as diferentes actividades, que são necessárias efectuar para concretizar o objectivo definido.

Actividades (qual? Como? Onde?)	Indicadores (método de avaliação)	Acções	Recursos (materiais/financeiros)	Pessoal (quem?)	Datas

- Tabela

- Consiste num método de organizar graficamente os dados.

- Quando existe um determinado número de dados, torna-se mais fácil e compreensível ter uma visão geral.
- Usa-se, quando é necessário apresentar dados organizados para uma sessão ou relatório

	Admissões	Altas	Total
HOMENS			
MULHERES			
TOTAL			

- Folha de Registo

- Consiste numa forma simples de recolha de dados para observar a frequência de determinadas ocorrências.
- Usa-se para rever as etapas do processo ou as causas do problema a analisar, para fazer uma lista de exemplos a analisar e registar o intervalo de tempo para observar os acontecimentos (nº de dias).

Casos	1º Dia	2º Dia	Total
A	III	IIII	8
B	II	III	5
C	I	II	3

= Brainstorming

- Consiste numa técnica activa para ajudar um grupo a produzir várias ideias, num curto período de tempo.
- Usa-se para identificar problemas, analisar causas, seleccionar soluções alternativas, efectuar planeamento estratégico, gerar ideias de mudança, etc..
- É elaborada uma lista dos problemas abordados e eliminados os que não estão relacionados com o objectivo da sessão. Na base desta lista, são estabelecidas as ideias consensuais no grupo.

X

AUDITORIA

As auditorias constituem um método de avaliação sistemática, que possibilita, tendo em conta determinados critérios, comparar as práticas ou actividades existentes com referências previamente definidas.

O objectivo deste método, é medir a qualidade dessas práticas ou actividades, de modo a promover a sua melhoria.

A auditoria pode abranger toda a organização ou sectores específicos da sua actividade.

No tipo de abordagem desta publicação, importa considerar as auditorias médicas e clínicas.

ETAPAS

Em termos gerais, podem ser definidas, numa auditoria, 6 etapas:

- Escolha do tema.
- Escolha dos critérios.
- Escolha do método de medida.
- Recolha de dados.
- Análise dos resultados.
- Planos de acções de melhoria e de reavaliação.

AUDITORIA MÉDICA

É a designação adoptada para proceder à avaliação das práticas profissionais dos médicos.

Existem várias razões para adoptar este tipo de métodos de avaliação, nomeadamente o desenvolvimento permanente da ciência médica, a enorme multiplicação de iniciativas e de publicações científicas e o aumento substancial da amplitude de exames diagnósticos e de esquemas terapêuticos.

Deste modo, numa auditoria médica todos os aspectos da actividade profissional são susceptíveis de avaliação, embora existam certas áreas que dispõem de critérios de mais fácil determinação.

O dossier clínico de cada doente é a fonte mais natural e adequada para proceder à recolha dos dados.

Importa ter bem presente, que uma auditoria não pretende avaliar os conhecimentos do médico, mas o seu desempenho, nem pretende avaliar um saber, mas a sua aplicação à actividade profissional.

Este tipo de avaliação e os seus procedimentos, contribuem para uma harmonização das questões técnicas e humanas, com o estudo simultâneo dos processos e resultados, para uma melhoria benéfica para o médico e o doente, através de uma análise metodológica e objectiva, e para uma clara vantagem do ponto de vista legal, dado tratar-se de uma prática profissional baseada em referências técnico-científicas.

A auditoria médica centra-se, sobretudo, em aspectos como:

- exame físico.
- diagnóstico.
- justificação do diagnóstico.
- preenchimento completo do dossier clínico.
- procedimentos utilizados na fixação do diagnóstico.
- número de consultas.
- Análise de perfis (ex^{ca} prescrição, acessibilidade, resultados indesejáveis).

A auditoria médica pode ser interna, como mecanismo de auto-avaliação do tipo revisão inter-pares (peer review), ou externa, quando se encontra, por exemplo, em desenvolvimento um processo de acreditação.

AUDITORIA CLÍNICA

Vários autores aplicam a designação de auditoria clínica, quando são abordadas as questões relativas às actividades dos vários profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde).

Neste caso, o grupo que procede à realização da auditoria possui uma composição pluriprofissional.

XI

ACREDITAÇÃO

A A.N.A.E.S. define que a acreditação tem por objectivo proporcionar aos estabelecimentos de saúde um apoio no desenvolvimento de uma política de melhoria contínua da qualidade e de segurança dos cuidados dispensados ao doente, após assegurar-se da existência e da eficácia desta política.

W. F. Jesse considera que “a acreditação é a avaliação da estrutura organizativa de um hospital e dos cuidados que presta, comparando-os com padrões profissionais actualizados, para determinar se o hospital cumpre um mínimo suficiente de padrões; que mereça o certificado de acreditação”.

Viñas et al. considera que a acreditação é o reconhecimento, mediante uma análise da estrutura, que um estabelecimento de saúde reúne as condições exigidas por níveis de qualidade previstos, entendendo por estrutura o plano físico, organizativo e funcional, o que implica a avaliação de edifícios, instalações, equipamentos, pessoal e esquema organizativo.

Novais e Paganini definem a acreditação como o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a assegurar a qualidade da assistência, através de padrões previamente aceites.

Em saúde, a acreditação constitui um procedimento de avaliação externa a um estabelecimento de saúde, efectuado por profissionais, independentes do estabelecimento de saúde e dos organismos da tutela, e que visa o conjunto do seu funcionamento e das suas práticas.

A acreditação pode aplicar-se a todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, e a agrupamentos de estabelecimentos.

OBJECTIVOS PRINCIPAIS

Podem considerar-se os seguintes objectivos principais da acreditação:

- Uma reflexão conjunta sobre a respectiva organização, em função das diferentes necessidades das pessoas assistidas.
- Reconhecer os pontos fortes e os pontos a melhorar.
- Definir as acções prioritárias.
- Fazer evoluir as formas de trabalhar.
- A apreciação da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde.
- A apreciação da capacidade do estabelecimento em melhorar, de forma contínua, a qualidade dos cuidados e a “estadia” do doente.
- A formulação de recomendações explícitas.
- A implicação dos profissionais em todas as etapas do processo da qualidade.
- O reconhecimento externo da qualidade dos cuidados nos estabelecimentos de saúde.
- A melhoria contínua da confiança do público.

VANTAGENS E INCONVENIENTES

O processo de acreditação tem, entre outras, as seguintes vantagens:

- Assegurar níveis adequados de estruturas, processos e resultados.
- Identificar problemas e soluções possíveis.
- Aumento do prestígio da instituição.
- Vantagens económicas, dado que permite contratos, convenções ou suplementos orçamentais.
- Reconverter a actividade hospitalar.
- Maior homogeneização dos cuidados, com a consequente maior equidade na qualidade das prestações.

Podem considerar-se os seguintes inconvenientes:

- Processo moroso.

- Dificuldade em definir todos os parâmetros e mantê-los actualizados.
- É relativamente dispendioso.
- Exige um corpo de acreditadores bem preparado e relativamente numeroso.
- Desvirtuamento do processo, utilizado como um meio para obter benefícios económicos, em vez de promover a melhoria da qualidade.

FASES DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

Tratando-se de um processo voluntário, o estabelecimento de saúde solicita a sua acreditação ao organismo acreditador e este transmite quais os instrumentos e documentos necessários para ser efectuada a auto-avaliação.

Tendo em conta as várias experiências conhecidas, podem definir-se as seguintes fases do processo de acreditação:

Auto-avaliação

- A auto-avaliação constitui a fase essencial do processo de acreditação.
- O estabelecimento realiza o seu diagnóstico da qualidade, após ter implementado o seu programa de melhoria contínua da qualidade.
- Constitui uma condição necessária, que as equipas de auto-avaliação possuam uma composição pluriprofissional.
- A preocupação de objectividade e de medida é indispensável para a preparação da visita de acreditação.
- A visita apoia-se nos resultados da auto-avaliação para apreciar com o estabelecimento a dinâmica de melhoria contínua da qualidade.
- A auto-avaliação dirige-se ao conjunto das actividades do estabelecimento.
- Os resultados da auto-avaliação são enviados ao organismo acreditador, com a antecedência devida, para uma prévia análise pela equipa de acreditação.

- O estabelecimento prepara a visita

- Preparação dos documentos relativos aos trabalhos da auto-avaliação, com os seus resultados essenciais.
- Preparação dos documentos, que o estabelecimento colocará à disposição da equipa de acreditação.

- A visita de acreditação.

- A visita dura vários dias.
- A principal função da equipa de acreditação é apreciar a auto-avaliação e a metodologia desenvolvida.
- A visita permite apreciar a política do estabelecimento e o grau de envolvimento dos responsáveis institucionais, a incidência da organização interna na qualidade, a análise dos instrumentos e práticas implementadas para a qualidade e segurança e a avaliação dos resultados e das melhorias obtidas.
- Antes de percorrerem os vários serviços e sectores de actividade do estabelecimento, os elementos da equipa reúnem-se com os responsáveis desse estabelecimento e com a comissão da qualidade.
Nesta reunião, os responsáveis do estabelecimento transmitem quais os objectivos, o contexto da actividade e a sua política em matéria de melhoria contínua da qualidade.
A equipa de acreditadores, pelo seu lado, explica pormenorizadamente os objectivos da visita.
- Os vários serviços do estabelecimento são visitados pela equipa, sendo estabelecidos contactos com os vários profissionais.
A equipa deve verificar a participação de todas as categorias de profissionais no processo.
- Devem ser efectuadas reuniões com representantes dos utentes.
- A visita pode ser interrompida, se forem verificadas importantes deficiências na metodologia empregue na auto-avaliação.

- Relatório da visita.

- A equipa, após um período previamente definido, elaborará e envia o relatório da visita ao estabelecimento.
- Este dispõe de um período de tempo para apresentar explicações ou efectuar comentários e observações ao conteúdo do relatório.

- Decisão do organismo acreditador.

- O organismo acreditador toma conhecimento do relatório final e decide se ele satisfaz o procedimento da acreditação.
- A decisão é comunicada ao estabelecimento.
- A decisão pode incluir recomendações, que têm de ser cumpridas num prazo estabelecido.
- Consoante os países, a acreditação tem uma validade que varia de 2 a 5 anos.

Experiências em alguns países

Nos E.U.A., o processo de acreditação tem sido subvertido, com as Comissões de Gestão de Riscos a transformarem-se em "escritórios de advocacia preventiva".

A maior parte dos hospitais passaram a centrar este processo a nível dos resultados clínicos ou de gestão, excluindo as avaliações de estrutura e de processos.

A maior parte dos elementos das equipas de acreditação estão a tempo inteiro nesta actividade. Mais de 80% dos hospitais de cuidados agudos estão acreditados pela J.C.A.H.O. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

Nos E.U.A. e na Grã-Bretanha, existem vários organismos acreditadores.

No Canadá, existe um único organismo acreditador: Conselho Canadano de Acreditação dos Serviços de Saúde (C.C.H.S.A.).

A acreditação, neste país, iniciou-se no princípio da década de 50.

O C.C.H.S.A. é um organismo sem fins lucrativos, independente das instâncias governamentais e que apoia os estabelecimentos de saúde canadianos nos esforços para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e dos serviços.

Possui cerca de 300 auditores, provenientes de todas as regiões do Canadá.

Estes auditores, são indivíduos de vários estratos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e gestores), sendo inseridos nas equipas que efectuam determinada avaliação em função da similitude do estabelecimento visitado com aquele em que desenvolvem a sua actividade profissional.

Os membros das equipas de acreditação não estão a tempo inteiro nesta actividade, efectuando algumas visitas durante o ano.

Mais de 1.500 estabelecimentos de saúde canadianos estão acreditados.

Na Austrália, existe um só organismo acreditador, o Australian Council of Healthcare Standards, que possui cerca de 200 auditores.

Em 1974, foi acreditado o primeiro hospital australiano.

A Catalunha (Espanha) protagonizou, em 1981, a primeira experiência de acreditação na Europa, sendo o organismo acreditador a Administração Pública, através de um comité onde estão representadas várias instâncias, incluindo organizações de profissionais de saúde.

Em França, existe um único organismo acreditador: a Agência Nacional de Acreditação e de Avaliação da Saúde (A.N.A.E.S.).

Os elementos das equipas possuem formação específica, regularmente actualizada.

Estes elementos possuem um conjunto de incompatibilidades, nomeadamente, não poderem participar em visitas a estabelecimentos de saúde situados na mesma região do seu local de trabalho, ou a um

estabelecimento onde tenham trabalhado nos 5 anos anteriores, nem poderem vir a trabalhar, nos próximos 3 anos, num estabelecimento onde tenham efectuado uma visita.

Na Suíça, existe um organismo acreditador, o Serviço de Acreditação Suíça.

A nível do continente latino-americano, a O.P.A.S./O.M.S. tem desenvolvida uma importante intervenção de divulgação e implementação dos mecanismos de acreditação.

O Manual de Acreditação da O.P.A.S./O.M.S. apresenta um conjunto de padrões, divididos em "obrigatórios" e "não obrigatórios".

A nível da composição do organismo acreditador, esta importante organização recomenda que estejam representados o sector público e privado, as associações profissionais e as associações científicas.

Em termos de composição do organismo acreditador, a experiência dominante assenta em organizações profissionais.

Tais são os casos da França, Canadá, Austrália e E.U.A..

Acreditação / Certificação

Verifica-se, por vezes, alguma confusão entre acreditação e certificação, quando constituem matérias muito distintas.

A certificação é um procedimento de apreciação externa da qualidade, tendo em vista as normas I.S.O., realizada por intervenientes não profissionais do domínio da actividade em causa, que permite assegurar que um produto, um processo ou serviço está conforme com as exigências especificadas.

Esta apreciação é realizada de forma voluntária, por iniciativa de um estabelecimento.

Nos estabelecimentos de saúde, os procedimentos de certificação referem-se essencialmente a sectores de actividade como a componente hoteleira, lavandaria, esterilização e laboratórios.

A certificação, segundo as normas I.S.O., série 9000, tem como principais impactos uma descrição precisa das estruturas, dos papéis e responsabilidades, através da abordagem das funções e dos procedimentos.

A grande limitação da certificação relativamente à acreditação é que não avalia, nem garante, a qualidade a nível médico e clínico.

XII

NORMAS ISO, SÉRIE 9000

As normas UNE EN ISO, série 9000, são um conjunto de regras de natureza internacional, estabelecidas pela Organização Internacional de Standardização (ISO) e que são adoptadas pelo Comité Europeu de Normalização (CEN).

A ISO é uma organização internacional de normalização, que é constituída por organismos nacionais de normalização de vários países, de todas as regiões do mundo.

Agrupa membros de 130 países e é constituída por mais de 800 comités e sub-comités encarregues de proceder à elaboração de normas, que se apoiam no seu trabalho em cerca de 2.000 grupos de trabalho.

A ISO elabora normas técnicas, voluntárias, que conferem um valor acrescentado a todos os tipos de actividades económicas.

As normas ISO contribuem para o desenvolvimento, para a produção e para o fornecimento de produtos e serviços mais eficazes, seguros e respeitadores do meio.

Estas normas, servem igualmente para proteger os consumidores e utilizadores dos produtos e serviços.

A ISO não autoriza a utilização do seu logotipo em anúncios publicitários ou noutros suportes publicitários.

Esta estrutura não é um organismo de auditoria, de avaliação, de registo ou de certificação de sistemas de gestão ambiental. Nem de materiais, produtos ou serviços.

Limita-se a elaborar normas internacionais, mas não gere qualquer sistema de verificação da conformidade com estas normas.

No quadro das normas da série 9000, fala-se de certificação, dado que se trata do reconhecimento de uma empresa por um organismo habilitado, segundo normas específicas.

A certificação ISO, atesta que uma empresa, produto ou serviço cumpre com os requisitos de uma norma ou especificação técnica concreta.

Em caso de aprovação, o certificado é conferido por um período de 3 anos, após o qual é efectuada nova auditoria de verificação.

As normas 9001, 9002 e 9003 têm sido aplicadas aos estabelecimentos de saúde.

Estas normas contêm 20 rubricas distintas, que vão das responsabilidades da direcção às técnicas estatísticas utilizadas.

As normas ISO 9002 são um sub-conjunto das normas ISO 9001 e as normas 9003 são um sub-conjunto das 9002.

A 9001 especifica e descreve o modelo válido de qualidade e utiliza-se a nível do projecto, produção, instalação e assistência.

A 9002 refere-se ao controlo dos processos de produção e a 9003 é utilizada para atestar a capacidade da empresa no momento de seleccionar e controlar os produtos não conformes, mediante inspecções e ensaios.

Relativamente a outras normas, importa saber que as ISO 9004 são constituídas por normas gerais para a gestão da qualidade, as ISO 10011 são constituídas por regras gerais para a auditoria dos sistemas de qualidade, definindo também as competências dos auditores, e as ISO 10013 fornecem conselhos relativos à elaboração de manuais de qualidade.

As normas europeias EN 45012, definem as exigências que os organismos certificadores devem satisfazer.

Os sectores de actividade assistencial, a nível hospitalar, onde têm sido aplicadas medidas de certificação pelas normas ISO, série 9000, são:

- internamentos /admissões;
- urgências;

- arquivos de histórias clínicas;
- consultas externas;
- circuitos de reclamações e sugestões;
- recursos humanos (formação, gestão do pessoal)

A TRANSIÇÃO

De acordo com a avaliação efectuada pela ISO, as normas 9001, 9002 e 9003 começaram a tornar-se obsoletas.

Nesse sentido, decidiu iniciar um processo, ainda a decorrer, de revisão das normas da série 9000, com o objectivo de as tornar aceitáveis e compreensíveis para todos os ramos da economia.

Esta revisão, implica a abolição da estrutura de 20 rubricas e o desaparecimento das normas 9002 e 9003.

A ISO considera que a revisão dos standards se traduzirá nos seguintes benefícios:

- Aplicação a todas categorias de produtos, em todos os sectores e em todas as empresas, independentemente da sua dimensão.
- Simples de usar, clara na linguagem, facilmente traduzível e facilmente compreensível.
- Redução na quantidade de documentação requerida.
- Ligação aos sistemas de gestão da qualidade nos processos organizacionais.
- Preparação de um movimento natural em direcção à melhoria do desempenho organizacional.
- Aumentar a orientação para a melhoria contínua e a satisfação do cliente.

BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ. La gestion des ressources humaines pour la santé. Rapport d'un Comité d'experts de l'O.M.S.. Série de Rapports Techniques 783. Genève 1989.
2. ROBERTO DAL POZ M., PIERANTONI C.R., VARELLA T.C.. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde, Documento de trabalho, Novembro 1997, Texto elaborado para a Organização Panamericana de Saúde (contrato Asc - 97/00109-0).
URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org/sidcrh/documentos>.
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS), Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Las reformas sectoriales y su impacto sobre los recursos humanos y la gestión del trabajo en salud, Noviembre 1999.
URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org/sidcrh/documentos>
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS), Grupo de Trabajo sobre Evaluación de la Capacitación en Salud (Buenos Aires: 30 Junio - 3 Julio 1997). El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud.
URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org/sidcrh/documentos>.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS), Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Hacia un nuevo abordaje en administración del personal de salud (Nov. 1998).
URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org/sidcrh/documentos>
6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS), Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Recursos Humanos: factor crítico de la Reforma Sectorial, Informe Reunión Regional (Dic. 1997)
URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org/sidcrh/documentos/html/8.html>
7. PINEAULT R., DAVELUY C.. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Agence d'ARC Inc. (les éditions), Montréal 1986.
8. IMPERATORI E., GIRALDES M.R.. Metodologia do Planeamento da Saúde; manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Edição de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, 2ª edição, Lisboa, 1986.
9. DURÁN H. Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos. Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa, 1989.

10. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Indicateurs sur la santé 2000.
URL : <http://www.cihi.ca/french/froadmap/health-ind/detechf.htm>

11. ELECTRONIC RESOURCE CENTER. Utiliser l'évaluation comme outil de gestion
URL : <http://www.erc.msh.org/redroom/francais/eval.htm>

12. INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (LACRSS). Metodología para el seguimiento y la evaluación de las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Diciembre 1998.
URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org/>

13. ELECTRONIC RESOURCE CENTER. Uso de la evaluación como herramienta gerencial.
URL: <http://www.erc.msh.org/readroom/espanol/eval.htm>

14. GONZÁLEZ RIVERA D., HURTADO M.L., PICHARDO DIAZ M. Enfoque metodológico para la realización de un plan de trabajo en la esfera de la salud. Rev. Cubana Adm. Salud 14(1): 83-89, Enero-Marzo 1998.

15. PÉREZ R., IBARRA A.N. La evaluación de la satisfacción de la población con los servicios de salud. Rev. Cubana Adm. Salud: 255-262, Julio-Septiembre, 1985.

16. RAMOS DOMÍNGUEZ B.N. Planificación programática en salud pública. Rev. Cubana Salud Pub 18(1): 17-22, Enero-Junio, 1992.

17. HEATHET PALMER R. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Planificación Sanitaria, edición española, 1990.

18. HARRIGAN M. En quête de qualité dans les soins de santé canadiens, amélioration continue de la qualité, 2ème édition 2000. Ministère Fédéral de la Santé de Canada.
URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesanté/pubs/quete>

19. BANK J. Qualidade total/ A essência da gestão da qualidade total. Edições CETOP, 2ª edição (Dez. 1998)

20. ELECTRONIC RESOURCE CENTER. The guide to managing for quality.
URL: <http://erc.msh.org/quality>

21. CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Learning from experience, a guide to evaluating primary care reform, 1998.
URL: <http://www.cma.ca/>

22. SAUCIER A., BRUNELLE Y. Les indicateurs et la gestion par résultats. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Août 1995.
URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm>

23. KNOWLES J.C., LEIGHTON C., STINSON W. Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud. LACRSS, Septiembre 1997.
URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org/>

24. MINISTÈRE PROVINCIAL DE LA SANTÉ DE MANITOBA, CANADA. Cadre de planification visant à promouvoir, à préserver et à protéger la santé des manitobains.
URL : <http://www.gov.mb.ca/health/documents/index.htm>

25. SAUCIER A., BRUNELLE Y. Les indicateurs et le système de soins. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Février 1999.
URL : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm>

26. MINISTÈRE PROVINCIAL DE LA SANTÉ DE MANITOBA, CANADA. Lignes directrices – évaluation des besoins en matière de santé communautaire.
URL : <http://www.gov.mb.ca/health/documents/index.htm>

27. SANTÉ CANADA, MINISTÈRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ. Vers un système de santé de qualité : défis et stratégies.
URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp>

28. SANTÉ CANADA, MINISTÈRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ. Guide d'évaluation de projet : une démarche participative.
URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/guide/presentation.htm>

29. AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH. Quality indicators from the healthcare cost and utilization project (HCUP QIs).
URL: <http://www.ahcpr.gov/data/qifact.htm>

30. CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ. Consultation sur les indicateurs : résultats d'un sondage à l'échelle nationale.
URL : http://www.cchsa.ca/perf-ind/pilist_f.htm

31. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques, Octobre 1996.
URL : <http://www.anaes.fr>

32. CHARVET-PROTAT S., JARRIER A., PRÉAUBERT N. Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
URL : <http://www.anaes.fr>

33. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité, Avril 1999.
URL : <http://www.anaes.fr>

34. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles, Avril 1999.
URL: <http://www.anaes.fr>

35. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical, Mars 1993.
URL : <http://www.anaes.fr>

36. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation : un guide pratique, Juin 1999.
URL : [htt://www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

37. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. À propos de l'accréditation, Janvier 2000.
URL : <http://www.anaes.fr>

38. SERVICE D'ACCREDITATION SUISSE. Guide pour l'accréditation d'organismes procédant à la certification de systèmes qualité, document n° 505.f, Novembre 1996
URL : <http://www.sas.admin.ch/>

39. CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ. Le projet MIRE (sommaire)
URL : <http://www.cchsa.ca/aim/project/aim-som.htm>.

40. CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ. Aperçu de l'agrément.
URL : http://www.cchsa.ca/accred_stds/accred-f.htm

41. CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ. Projet sur les indicateurs de rendements.
URL : http://www.cchsa.ca/per_ind/pilot-f.htm

42. INSTITUT DE SANTÉ ET D'ÉCONOMIE. Normes qualité pour l'accréditation des centres de traitements e de readaptation, Avril 1995.
URL : <http://www.hospvd.ch/public/ise/qualite/accredit.htm>

43. GUILLAIN H.. Accréditation des hôpitaux : systèmes anglo-saxons et normes ISO. Institut de Santé et d'Économie.
URL : http://www.hospvd.ch/public/ise/qualite/hopit_hg.htm

44. CHASSIN M.R., GALVIN R.W. The urgent need to improve health care quality. JAMA, Sep.16.1998 -- Vol. 280, n° 11.

45. GUISSSET A-L. Efficience des hôpitaux québécois : test d 'un modele emboite. CALASS 98, Abano Terme, ALASS.

46. MORENO S.P., PORTELLA E.. La revisión del uso inapropiado de la hospitalización en España. Epístula ALASS 1994 (Feb); 9:3-6.
URL : http://www.iscii.es/alass/epistula_1/feb_94_2.htm

47. D'HOORE W.. La qualité des soins dans l'optique du consommateur. Epístula ALASS 94 (Nov.) ; 11:4-6.
URL : http://www.iscii.es/alass/epistula_1/nov.94_2.htm

48. SILVA SANCHEZ M.D., GARRIDO CASAS J., OTEO OCHOA L.A. Bases conceptuales en la empresa moderna, experiencias de innovación en el sector sanitario. Revista de Administración Sanitaria, Vol. II, n° 5, Enero/Marzo 1998.
URL : <http://www.dinarte.es/ras>

49. BLUMENTHAL D. Part 1: quality of care - what is it? N Eng J Med. - September 19, 1996 - vol. 335, n° 12.
URL: <http://www.nejm.org/content/1996/0335/0012/0891.asp>

50. BROOK R.H., McGLYNN E.A., CLEARY P.D. Part 2: measuring quality of care. N Eng J Med - September 26, 1996 - vol. 335, n° 13.
URL: <http://www.nejm.org/content/1996/0335/0013/0966.asp>

51. CHASSIN M.R.. Part 3 : improving the quality of care. N Eng J Med - October 3, 1996 - vol. 335, n° 4.
URL: <http://www.nejm.org/content/1996/0335/0014/1060.asp>

52. BLUMENTHAL D.. Part 4: The origins of the quality of care debate. N Eng J Med - October 10, 1996 - vol. 335, n° 15
URL: <http://www.nejm.org/content/1996/0335/0015/1146.asp>

53. KASSIRER J.P. The quality of care and the quality of measuring it. N Eng J Med - October 21, 1993 - vol. 329, n° 17.
URL: <http://www.nejm.org/content/1993/0329/0017/1263.asp>

54. POPE C., ZIEBLAND S., MAYS N.. Analysing qualitative data. BMJ 2000; 320: 114 - 116 (8 January).
URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7227/114>

55. McCOLL A., RODERICK P., GABBAY J., SMITH H., MOORE H.. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. BMJ 1998; 317: 1354 - 1360 (November).
URL: <http://www.bmj.com/content/full/317/7169/1354>

56. FIRTH-COZENS J.. Celebrating teamwork. Quality in Health Care 1998; 7 (Suppl): S3 - S7.
URL: <http://www.bmj.com/misc/qhc>

57. SOLANES SEGURA A.M.. Empresarialización de la gestión sanitaria: aplicabilidad de las normas ISO, sería 9000. Revista Administración Sanitaria, vol. III, n° 9 (Enero/Marzo) 1999.
URL: <http://www.dinarte.es/ras/>

58. DONALDSON L. J., MUIR GRAY J.A.. Clinical governance: a quality duty for health organizations. Quality in Health Care 1998; 7 (Suppl): S 37 - S 44.
URL: <http://www.bmj.com/misc/qhc>

59. KLEIN R.. Can policy drive quality? Quality in Health Care 1998; 7 (suppl): S 51 - S 53.
URL: <http://www.bmj.com/misc/qhc>

60. GARSIDE P.. Organizational context for quality: lessons from the field of organizational development and change management. Quality in Health Care, 1998; (Suppl): S 8 - S 15.
URL: <http://www.bmj.com/misc/qhc>

61. MOSS F., GARSIDE P., DAWSON S.. Organizational change: the key to quality improvement. *Quality in Health Care* 1998; 7 (Suppl): S 1 – S 2.
URL: <http://www.bmj.com/misc/qhc>

62. GIUFFRIDA A., GRAVELLE H., ROLAND M.. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999; 319: 94-98 (10 July).
URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7202/94>

63. WRIGHT J., SMITH M.L., JACKSON D.R.H.. Clinical governance: principles into practice. *Journal of Management in Medicine*, vol. 13, nº 6, 1999, pp 457-465.
URL: <http://www.emerald-library.com>

64. AL-ASSAF A.F. Introducing quality in healthcare: an international perspective. *Journal for Healthcare Quality*, vol. 21, nº 1, Jan/Feb. 1999.
URL: <http://www.allenpress.com/jhq/074/074.htm>

65. MAYS N., POPE C.. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; 320: 50-52 (Jan).
URL: <http://bmj.com/cgi/content/full/320/7226/50>

66. LEATHERMAN S., SUTHERLAND K.. Evolving quality in the new NHS: policy, process and pragmatic consideration. *Quality in Health Care* 1998; 7 (Suppl): S 54-S 61.
URL: <http://www.bmj.com/misc/qhc/54-61.shtml>

67. LUCIAN L.. Error in medicine. *JAMA*, Dec. 21, 1994 – vol. 272, nº 23.

68. CHANTLER C.. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*, vol. 353, April 3, 1999.

69. RAWLINS M.. In pursuit of quality: the national institute for clinical excellence. *Lancet*, vol. 353, March 27, 1999.

70. SHELDON T.. Promoting health care quality: what role performance indicators? *Quality in Health Care* 1998, 7 (Suppl): S 45 – S 50.
URL: <http://www.bmj.com/misc/qhc/45-50/>

71. CRISTALLINI V.. Indicateurs de pilotage d'amélioration de la qualité. *CALASS 98*, Abano Terme, ALASS.

72. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Medical errors: the scope of the problem. Fact sheet, publication nº AHRQ 00-P037.
URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/errback.htm>

73. MALIK A.M.. Acreditação hospitalar no Brasil. *Epístula ALASS* 1997(Mar.); 20: 5-8.
URL: <http://www.iscii.es/alass/epistula1/mar97.htm>

74. RODRIGUES B., SIMON J.M., HURLIMANN C., BERTRAND D., LUENGAS S.. La acreditación y la garantía de calidad en el sistema de salud colombiano. *Epístula ALASS* 1999 (Abr.).

75. IMPERATORI E.. Acreditação: prioridade e desafio. *Acta Médica Portuguesa* 1996; 9: 59-66.

76. CLOSON M-C. Placer la qualité et l'efficience au centre de la politique de santé en Belgique. *Epístula ALASS* 1994 (Mayo); 10: 9-11.
URL: http://www.iscii.es/alass/epistula1/mayo94_2.htm

77. LEHMANN M.. Politique française d'accréditation des hôpitaux. *Epístula ALASS* 1996 (Nov.); 18: 3-4.

78. CARRERAS VIÑAS M., CASTRO BEIRAS A., ZAVANELLA BOTTA C., HERMIDA ALVAREZ L.F., CARAMÉS BONZÁN J.. Calidad y autoevaluación en gestión clínica: aplicación del modelo europeo de calidad en un área de gestión descentralizada. *Revista de Administración Sanitaria*, vol. III, nº 11, Jul./Sep. 1999.
URL: <http://www.dinarte.es/ras>

79. LOZEAU D.. L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux public au Québec. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 3, nº 2, 1996, pp. 187 – 208.

80. AUDIT COMMISSION (U.K.). Preparing for best value. *Audit Commission Publications*.
URL: <http://www.audit-commission.gov.uk>

81. AUDIT COMMISSION (U.K.). Health Strategy 2000 – 2003 (a consultation document). *Audit Commission Publications*.
URL: <http://www.audit-commission.gov.uk>

82. AUDIT COMMISSION (U.K.). Best assured, the role of the audit commission in best value (Dec.1999). *Audit Commission Publications*.
URL: <http://www.audit-commission.gov.uk>

83. ISO. Quality Management Principles. ISO/TC/SG 2/WG 15/N 130, 1997/05/27.
URL: <http://www.bsi.org.uk/iso-tc176-sc2/n376.doc>

84. ISO. Transition planning guidance for ISO/DIS 9001:2000. ISO/TC 176/SC 2/N 474.
URL: <http://www.bsi.org.uk/iso-tc176-sc2/doc>

85. BUREAU VERITAS QUALITY INTERNATIONAL. Indication á ISO 9000.
URL: http://www.bvqi.ch/franz/h_46000f.htm

86. BUREAU VERITAS QUALITY INTERNATIONAL. EN 46001/46002.
URL: http://www.bvqi.ch/franz/h_46000f.htm

87. ISO. Révision AN 2000 des normes de systèmes de management de la qualité, série ISO 9000 (resumé d'orientation), Mai 1999.
URL: <http://www.iso.ch/9000f/execabstractf.htm>

88. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. HCUP Quality Indicators: summary outcome, utilization, and access measures for quality improvement. Definitions of quality indicators, version 1.3.
URL: <http://www.ahrq.gov/data/hcup/chap4txt.pdf>

ÍNDICE

NOTA EXPLICATIVA	5
A GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE	7
RELATÓRIO DO COMITÉ DOS ESPECIALISTAS DA O.M.S. (1989)	8
Gestão dos Profissionais de Saúde: Definição, Elementos e Princípios	10
Princípios de uma Gestão Eficaz dos Profissionais	12
Estratégias para Melhorar a Gestão dos Profissionais de Saúde	15
O DESEMPENHO DOS RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE	22
O IMPACTO DAS REFORMAS NOS RECURSOS HUMANOS	26
PLANEAMENTO DA SAÚDE	29
IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS/DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	31
DEFINIÇÃO DAS PRIORIDADES	37
FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS	38
SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS	42
ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS	43
PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	49
Cronogramas	50
Redes	52
AVALIAÇÃO	54
Avaliação Estratégica	56
Avaliação Tática	57
Avaliação Operacional	58
Validade Interna e Validade Externa de um Estudo	59
Os Elementos da Avaliação e Informação	61
A Utilidade da Informação Proveniente da Avaliação	61
Monitorização e Avaliação	62

A QUALIDADE NA SAÚDE	65	Etapas de uma Avaliação.....	142
ORIGENS PRÓXIMAS E ALGUMAS REFERÊNCIAS INTERNACIONAIS	67	Componentes da Avaliação dos Cuidados de Saúde	145
CONCEITOS	73	A Auto-Avaliação da Comissão da Qualidade	146
Terminologia.....	79	ALGUNS INSTRUMENTOS DE TRABALHO	149
Dimensões da Qualidade	80	Diagrama de Causa-Efeito	149
CONTEXTO POLÍTICO E ECONÓMICO	81	Histograma	150
Áreas Principais de Custo	87	Diagrama de Controle	150
O RISCO DA NÃO-QUALIDADE	88	Diagrama de Pareto	151
Os indicadores da Não-Qualidade	89	Fluxograma / Diagrama de Fluxos.....	152
As Infecções Nosocomiais	89	Matriz de Priorização	152
Os Acontecimentos Indesejáveis.....	90	Matriz de Indicadores	153
As Etapas da Quantificação da Qualidade e da Não-Qualidade.....	90	Matriz do Programa	153
A MUDANÇA ORGANIZACIONAL	93	Tabela	153
As Pessoas e os Processos.....	96	Folha de Registo.....	154
O Trabalho de Equipa	100	Brainstorming.....	154
O CLIENTE	105	AUDITORIA	155
Cliente Interno e Cliente Externo	106	Etapas	155
Profissional / Cliente.....	106	Auditoria Médica	156
INDICADORES	109	Auditoria Clínica	157
IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE	123	ACREDITAÇÃO	159
Elementos Essenciais.....	124	Objectivos Principais.....	160
Factores de Êxito	125	Vantagens e Inconvenientes.....	160
As Etapas do Projecto	126	Fases do Processo de Acreditação.....	161
Aspectos Organizativos do Projecto	130	Experiências em Alguns Países.....	163
Características Particulares dos Cuidados Ambulatoriais.....	131	Acreditação / Certificação	165
AVALIAÇÃO	135	NORMAS ISO, SÉRIE 9000	167
Estrutura, Processos e Resultados	135		
Análise Comparativa	135		
Tipos de Avaliação.....	136		
Relação Temporal da Avaliação	136		
Critérios	137		
Algumas Matérias Gerais a Avaliar	138		
Princípios para uma Melhor Utilização das Medidas de Avaliação.....	140		
Dimensões da Avaliação do Doente.....	140		
A "Bússola" de Valor Clínico.....	141		